Nr. 41. 8. października 1933 Rok XII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

WYKŁAD KLINICZNY.

Dr. S. NEUMARK. Łódź.

Dziedziczna krwotoczna naczyniakowatość (choroba Oslera).

Z polikliniki chorób skórno-wenerycznych Kasy Chorych w Łodzi.

Dziedziczne krwotoczne naczyniaki i teleangiektazje skóry i błon śluzowych narządów wewnętrznych są przedmiotem szczególnego zainteresowania nietylko ze względu na niewyjaśnioną dotychczas etjologję i patogenezę, ale również ze względu na terapję tego stosunkowo rzadkiego i nader ciekawego cierpienia. Pierwsze spostrzeżenie dziedzicznego i rodzinnego występowania krwawień z nosa ogłoszone było przez Babbingtona w roku 1865, Legg (1876) i Chiari (1887) stwierdzili pozatem obecność licznych teleangiektazyj rozsianych na błonie śluzowej nosa i jamy ustnej oraz na tułowiu. Rendu (1896) pierwszy wskazał na związek istniejący pomiędzy występowaniem krwawień a istnieniem zmian naczyniowych i odróżnił tego rodzaju objawy chorobowe od zwykłej hemofilji. Dopiero Osler (1901) na podstawie 3 przezeń obserwowanych rodzin ostro wyodrębnił tę jednostkę chorobową i podkreślił dziedziczność cierpienia oraz zupełną niezależność od hemofilji, toteż zazwyczaj przyjęto oznaczać dziedziczną krwotoczną naczyniakowatość chorobą Oslera. Choroba Oslera doniedawna uważana była za schorzenie bardzo rzadkie. Gjessing w swej pracy z roku 1916 zebrał z piśmiennictwa spostrzeżenia dotyczące 18 rodzin (12 angielskich, 4 francuskie, 2 austrjackie). Steiner (1917) podał drzewa genealogiczne 25 przypadków z piśmiennictwa poza trzema własnemi spostrzeżeniami. Goldstein w roku 1921 mógł przytoczyć wszystkiego 31 rodzin. Od tego czasu publikacje o chorobie Oslera mnożą się w szybkiem tempie, także ten sam autor w swych ostatnich, nader udokumentowanych pracach z roku 1931—1932 oblicza łączną ilość dotychczas opisanych spostrzeżeń na mniejwięcej 110 rodzin, względnie 660 członków tych rodzin, wykazujących typowe lub atypowe postacie choroby Oslera. Nie ulega wątpliwości, że wymienione cierpienie znacznie częściej się spotyka, lecz niezawsze jest prawidłowo rozpoznane, zwłaszcza w przypadkach o atypowym lub poronnym przebiegu. Sadzimy, że w miarę bliższego zapoznania się z istotą choroby Oslera, niejedna jeszcze publikacja naukowa poświęcona będzie temu bardzo interesującemu schorzeniu.

Przeważająca ilość spostrzeżeń opisana była przez angielskich i amerykańskich autorów, z których wymienić należy z ostatnich lat Parkes Webera, Hanesa, Steinera, Easta, Erdheima, Fitzhugh, Goldsteina, Hursta i jego współpracowników. W innych krajach zwłaszcza europejskich dopiero ostatniemi czasy poświeca się więcej uwagi tej jednostce chorobowej. Ullmann (1894—1900) jeszcze przed Oslerem opisał przypadek uogólnionej naczyniakowatości skóry i narządów wewnętrznych, zaś w swych pracach z roku 1931 uważa chorobę Oslera jako jedną z odmian obrazu chorobowego *Angiomatosis*, przez niego pierwotnie ustalonego. Oprócz Ullmanna przypadki choroby Oslera ostatnio opisane były w Austrji — przez Reiningera, we Francji — przez E. Weilla, Flandina i Souliego, Aubertina i Léviego, Dreyfussa, w Holandji — przez Bottema, Edela, Posthma i Van Gilsego (6 rodzin, z tych jedna żydowska), w Danji — przez Giessinga, w Niemczech — przez Curtiusa, Schoena, Curschmanna (przypadek rozpoznany jako pseudohemofilja), Schmitta, Rozenthala, Milbranda, Witkowera[1]), w Estonji — przez Arraka, na Węgrzech — przez Földvari i Kennedy, w Pradze Czeskiej — przez Gotscha (rodzina niemiecka). Należy zatem zaznaczyć, że w piśmiennictwie krajów słowiańskich, a więc Rosji, Polski, Czechosłowacji, Bułgarji i Serbji choroba Oslera dotychczas nie była notowana. Rodzina którą miałem możność obserwować w przeciagu całego roku, zarówno jak przypadek demonstrowany przez Dra Weissbruma na zeszlorocznem marcowem posiedzeniu Łódzkiego Towarzystwa Lekarskiego i również przeze mnie niejednokrotnie badany, są więc dotychczas jedynemi dokładnemi spostrzeżeniami choroby Oslera w Polsce. Rzecz godna uwagi, że spostrzeżenie moje dotyczy rodziny niemieckiej, zaś chory Weissbruma jest żydem. Z powyższych danych nie należy jeszcze wyciągać wniosku, jakoby rasa słowiańska nie wykazywała żadnej skłonności do rodzinnego i dziedzicznego występowania krwotocznej naczyniakowatości[2]).

Spostrzeżenie własne.

Przypadek I. W. E. lat 63.

Chory podaje, że w dzieciństwie nie przechodził żadnych chorób. W roku 1895 przebył zapalenie płuc. W roku 1915 uległ złamaniu kilku żeber spowodu upadku z transmisji, poczem pozostało zniekształcenie klatki piersiowej. Przed 5 laty zachorował na zapalenie nerek. Mając 4 lata upadł z dachu stodoły na stóg słomy, przyczem uległ urazowi w ten sposób, że słoma dostała się do wnętrza nosa i przebiła przegrodę nosową. Od tego czasu datuje się istniejąca u chorego perforacja przegrody nosowej. Jak



Ryc. 1.

sobie pacjent przypomina, miewał on już w dzieciństwie stosunkowo rzadko i naogół słabe krwawienia z nosa (po kilka kropel), które występowały co kilka tygodni przeważnie wieczorem. Z biegiem czasu krwawienia te stawały się coraz częstsze i obfitsze, co zresztą nie przeszkadzało choremu w pracy. Krwawienia z nosa występowały zwykle przy myciu się, podczas jedzenia, po kichnięciu lub odkaszlnięciu, po nachyleniu się, a nawet podczas spania tak, że chory niekiedy zrana znajdywał poduszkę poplamioną krwią; nierzadko krwawienia z nosa pojawiały się podczas pracy

[1]) Przypadek Blumentala mojem zdaniem nie może być zaliczony do postaci chorobowej wyodrębnionej przez Oslera.

[2]) Dzięki ustnej informacji Dra Goldschlaga we Lwowie wiadomo mi, że wymieniony wspólnie z Prof. Leszczyńskim mieli możność rozpoznać chorobę Oslera w jednym przypadku, który niestety tylko krótki czas był w ich obserwacji.

we fabryce. Lecz dopiero od 1925 roku cierpi chory na bardzo częste (co 2 do 3 dni) i silne krwawienia z nosa, zaś dnia 11 listopada 1931 r. nastąpił do tego stopnia gwałtowny i długotrwały krwotok z nosa podczas napadu kaszlu, że chory zemdlał z osłabienia; stracił wówczas przeszło pół dużej miski krwi. Podobnego rodzaju napady krwotoczne powtórzyły się w końcu listopada i na początku grudnia 1931 tak, że chorego skierowano do szpitala. W szpitalu miał również silne krwawienie z nosa, które jednak zostało szybko zahamowane. Ostatnio wystąpiły u chorego dość częste krwawienia nietylko z nosa, lecz i z naczyniaków umiejscowionych na górnej wardze i głowie owłosionej; krwawienia te trwały niekiedy pół godziny, lecz i znacznie dłużej i każdorazowo były z trudnością zatamowane. Wskutek wielkiego osłabienia chory zmuszony był pod koniec życia przeważnie leżeć w łóżku. Od 3 lat miewał on nader uciążliwe drżenie i skurcze mięśni kończyn dolnych, zwłaszcza podudzi najczęściej występujace w nocy, wskutek czego cierpiał na bezsenność. Chory zmarł w październiku 1932 r. podczas snu.

Matka chorego zmarła w 57 roku życia; miewała od dzieciństwa krwawienie z nosa, które w ostatnich latach jej życia występowały prawie codziennie i były bardzo obfite. Na obydwu policzkach istniały u niej plamy naczyniowe. Wskutek częstych krwawień z nosa, które pojawiały się nietylko podczas wykonywania domowych czynności, lecz i samoistnie, naprzykład podczas spania, cierpiała ona na wybitną anemję i ogólne osłabienie.

Brat chorego również cierpiał od dzieciństwa na częste krwawienia z nosa. Na obydwu policzkach i na czole znajdowały się liczne plamy naczyniowe. Umarł w roku 1928 w 63 roku życia podobno na astmę. Obydwoje jego dzieci (syn i córka) cierpią od dzieciństwa na krwawienie z nosa; dotychczas mogłem zbadać tylko syna (przyp. Nr. 3). Natomiast siostra chorego zawsze była wolna od objawów chorobowych. Objektywnie stwierdza się u niej na obydwu policzkach poza licznemi rozsianemi plamami barwikowemi. które pojawiły się przed 5 laty, drobne punkcikowate, względnie linijnie ułożone teleangjektazje. Rodziła ona 10 razy, 7-ioro dzieci żyje (3 córki i 4 synów); podobno żadne z nich nie cierpi na krwawienia z nosa i nie wykazuje jakichkolwiek zmian naczyniowych skóry. Tego twierdzenia siostry chorego nie mogłem niestety ustalić u sześciu z wymienionych członków rodziny spowodu ich nieobecności w Łodzi. Zaznaczyć jednak należy, że u jednej z córek (lat 28) stwierdziłem obecność pojedyńczych teleangjektazyj na twarzy, miewa ona niekiedy dość silne krwawienia z nosa. U 8 letniej jej córeczki istnieją nieliczne teleangjektazje na policzkach i czole.

Babka chorego, która zmarła w 113 roku życia, podobno nie krwawiła z nosa, co się zaś tyczy dziadka, zarówno chory jak i jego siostra nie mogą podać żadnych szczegółów.

Chory ma czworo dzieci; wszystkie były zbadane przeze mnie. Jedna córka (lat 32) miewa od dzieciństwa stosunkowo rzadko krwawienia z nosa. Ostatniemi czasy pokazały się u niej pod paznokciami poszczególnych palców obydwu rąk pojedyńcze plamki naczyniowe. Dwie inne córki (lat 23 i 29) są dotychczas zupełnie zdrowe. Natomiast syn (lat 26) przedstawia początkowe i typowe objawy choroby Oslera. (przypadek Nr. 2).

Chory średniego wzrostu, bardzo chudy, (waży zaledwie 49 kg), o ziemisto-szarawem zabarwieniu skóry.

W okolicy lewej kości policzkowej znamię wielkości grochu kształtu owalnego, miękkie i ściśliwe, występujące 3 mm ponad powierzchnię skóry, barwy sinawo-czerwonej. Na czole, w okolicy prawej skroni, na dolnej przyśrodkowej części lewego policzka, na lewej dolnej i bocznej części nosa, na górnej części przedniej powierzchni małżowin usznych, oraz na górnej wardze, licznie rozszerzone naczyńka o postaci wełnistych lub linijnie ułożonych smug i plam albo rozgałęzionej siateczki, oraz drobne guzki wielkości ziarnka maku lub małego grochu, barwy sinawo-czerwonej. Na głowie owłosionej, zwłaszcza na potylicy rozsiane plamy naczyniowe barwy żywo-czerwonej, wielkości małego grochu. Na błonie śluzowej dolnej wargi, na górnej powierzchni oraz na bocznych stronach przedniej części języka, na błonie śluzowej policzków oraz twardego podniebienia zmiany naczyniowe w postaci licznych plam i guzków kształtu przeważnie okrągłego, wielkości łebka szpilki do wielkości grochu, barwy żywo czerwonej lub sinawo-czerwonej, poczęści znikającej pod uciskiem. Na przedniej stronie ostatnich członów palców rąk, na obydwu dłoniach oraz na obwodowej części podpaznokciowej wszystkich palców (z wyjątkiem małych) obydwu rąk liczne drobne plamki kształtu okrągłego, owalnego lub podłużnego, o zabarwieniu sinawo-czerwonem, znikającem pod uciskiem.

U chorego stwierdza się obecność rozległych plam pigmentowanych na czole, na przedramieniach, na szyi i środkowej części plec. Znaczny obrzęk dolnych powiek.

Rinologiczne badanie (Dr. Żebrowski) wykazało: *Perforatio septi nasi*. Z prawej strony na granicy pomiędzy błoną śluzową a skórą jedno małe naczyńko teleangjektatyczne; z lewej strony brak rozszerzeń żylnych. Na błonach bębenków brak zmian.

Zaznaczone żylaki tylko na lewej kończynie dolnej.

Odczyny Wassermanna, Sachsa i Meinickiego zupełnie ujemne.

W moczu — urobilinogen nieco zwiększony, krwinki czerwone 1—2, ciałka białe 2—3 w polu widzenia, wałeczki drobnoziarniste, ślady białka. Kilkakrotnie wykonane morfologiczne badania krwi wykazały następujące zmiany:

11. XI. 1931. Krwinek czerw. 2,690.000, zawartość hemoglobiny — 36%, wskaźnik 0,69, ciałek białych — 4.100, z tych segmentowanych — 76%, pałeczkowatych — 3%, limfocytów — 15%, monocytów — 3%, zasadochłonnych — 3%, ilość granulocytów — 16%, nieznaczna pojkilocytoza i anizocytoza. Czas krwawienia — 3'; krzepliwość 7'; ilość płytek w 1 mm³ — 261.000. OB — 38 mm. Objaw Rumpel-Leede-ujemny.

31. XII. 1931. Krwinek czerwonych — 2,630.000. Hb. — 39%, wskaźnik — 0,93. Ciałek białych — 4.900, z tych obojętnochłonnych — 71%, kwasochłonnych — 5%, limfocytów — 23%, monocytów — 1%, oligochromja, anizocytoza, pojkilocytoza, lekka polichromatofilja. Czas krwawienia — 8', krzepliwość — 10'; płytek 130.000. Zupełna hemoliza przy 0,28 NaCl, początek hemolizy przy 0,48 NaCl. S = 30'.

27. I. 1932. (Kliniczna poprawa ogólnego stanu chorego).

Krwinek czerwonych — 4.150000, Hb. — 49%, wskaźnik 0,74; ciałek białych — 7100, z tych pałeczkowatych — 1%, segmentowanych — 72%, kwasochłonnych — 2%, limfocytów — 20%, przejściowych — 7%, anizocytoza, oligochromja, pojkilocytoza i lekka polichromatofilja. Czas krwawienia — 4', krzepliwość — 7'; płytki — 207.500, objaw opaskowy ujemny. Zupełna hemoliza przy 0.32 NaCl, początek przy 0.54 NaCl.

Przypadek Nr. II. E. E. lat 28.

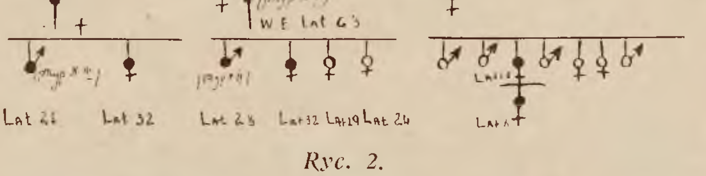
Syn powyżej wzmiankowanego chorego podaje, że miewa krwawienia z nosa od wielu miesięcy, występujące od czasu do czasu zwłaszcza zrana podczas mycia. Dopiero od szeregu tygodni krwawienia te powtarzają się prawie codziennie, nietylko podczas mycia twarzy, lecz i podczas pracy we fabryce. Naogół czuje się dobrze. Ostatniemi czasy krwawienia z nosa występują niekiedy kilka razy dziennie i są coraz obfitsze. Objektywnie stwierdza się obecność teleangjektazyj w postaci drobnych rozszerzonych naczyniek o drzewkowatem lub siatkowatem ułożeniu, na grzbiecie środkowej części nosa oraz na przylegających częściach policzków. Pozatem świeżo powstałe plamki wielkości łepka szpilki barwy żywo-czerwonej na wewnętrznej stronie prawego palca wskazującego. Rinologiczne badanie zmian patologicznych nie wykazało.

Morfologiczne badanie krwi z dnia 19. V. 1932.

Krwinek czerwonych — 4,750.000, Hb — 75%, wskaźnik 0,99, ciałek białych 8.900, z tych obojętnochłonnych — 49%, limfocytów — 46%, przejściowych — 5%; obraz mikroskopowy i barwienie krwinek czerwonych — normalne. Czas krwawienia — 1', krzepliwość — 4', płytki — 235.000 w 1 mm³, odczyn opaskowy — słabo dodatni. Oporność krwinek: zupełna hemoliza przy 0,34 NaCl, początek hemolizy przy 0,48 NaCl.

Przypadek III. C. E. lat 25 (kuzyn wyżej wymienionego).

Krwawienia z nosa od dzieciństwa, przeważnie przy myciu (podczas schylenia się lub wytarcia ręcznikiem), naogół słabe (po kilka kropel), występujące prawie codziennie. Jest od małości bardzo blady, nie uskarża się na bóle lub zawroty głowy, czuje się jednak zawsze osłabiony.



Ryc. 2.

Objektywnie stwierdza się obecność licznych plam pigmentowanych barwy brudno-szarawej na tułowiu i twarzy, pozatem drobne teleangjektazje na grzbiecie nosa oraz poza prawem uchem. Badanie wnętrza nosa żadnych zmian nie wykazało.

Morfologiczny obraz krwi (z dnia 19. V. 1932): Krwinek czerwonych — 4.050.000, Hb — 63%, wskaźnik — 0,95, ciałek białych

7.900 z tych obojętnochłonnych — 73%, kwasochłonnych — 3%, limfocytów — 20%, monocytów — 4%; obraz mikroskopowy i barwienie krwinek czerwonych normalne. Czas krwawienia — 1½', krzepliwość — 6', płytki — 200000 w 1 mm³, objaw opaskowy — słabo dodatni. Oporność krwinek — zupełna hemoliza przy 0.34 NaCl, początek hemolizy przy 0.48 NaCl.

Badanie histologiczne skrawka skóry (sposoby barwienia: hematoksylina-eozyna, Van Gieson, Mallory, Weigert, Unna-Taenzer, fiolet krezylowy) wyciętej w obrębie małego guzka na prawym policzku w przypadku Nr. I wykazało następujące zmiany [3]):

Nieznaczna hiperkeratoza w postaci czopów rogowych wypełniających ujścia mieszków włosowych: naskórek ścieńczały, sople międzybrodawkowe wyrównane, względnie ledwo zaznaczone, nieznaczny obrzęk śród- i międzykomórkowy warstwy kolczastej; komórki podstawowe naskórka wykazują na dużej przestrzeni brak barwika, natomiast liczne rozsiane chromatofory w górnej części skóry właściwej. W obrębie naczyniaka liczne jamy wyścielone jednorzędowym śródbłonkiem i pooddzielane od siebie pasmami obrzękłej tkanki łącznej; niektóre z tych jam zawierają krwinki czerwone i pojedyńcze ciałka białe.

Znacznie rozszerzone naczynia krwionośne zajmują całą grubość skóry właściwej; pomiędzy niemi a naskórkiem znajduje się cienka warstwa tkanki łącznej. Zaznaczone zwyrodnienie tej tkanki nietylko w obrębie zmian naczyniowych, lecz daleko dokoła w skórze klinicznie zdrowej: włókna klejorodne są obrzękłe i rozpulchnione, o niewyraźnej strukturze, lub wykazują drobnoziarnisty rozpad, względnie są rozerwane w małe ułamki lub zlepione w bezkształtne bryły z utworzeniem licznych szczelin, poczęści wyścielonych śródbłonkiem. Przy zabarwieniu wedle Van Giesona stwierdzić można zwłaszcza w górnej części skóry właściwej wyraźną metachromazję w postaci żółtawego zabarwienia zmienionych włókien, barwiących się również orceiną lub wedle Weigerta; komórki łącznotkankowe są rozmnożone i powiększone, pomiędzy niemi liczne komórki tuczne i pojedyńcze leukocyty kwasochłonne; pozatem rozsiane małe ogniska drobnokomórkowe, składające się z limfocytów, z komórek łącznotkankowych, z pojedyńczych komórek plazmatycznych i tucznych, przeważnie ułożonych dokoła mieszków włosowych i gruczołów łojowych. W warstwie brodawkowej i podbrodawkowej włókien sprężystych przeważnie brakuje zupełnie; w obrębie i dookoła jam naczyniowych są one znacznie rozrzedzone i ścieńczałe; ścianki rozszerzonych naczyń wykazują brak włókien sprężystych i mięśni gładkich. Poza obrębem jam naczyniowych w głównej części skóry właściwej włókna sprężyste są zgrubiałe, zesunięte i zlepione ze sobą tworząc bezkształtne masy, względnie są rozpadłe w drobne ułamki. W dolnej części skóry właściwej stwierdza się również wybitne rozrzedzenie tkanki sprężystej, w mniejszym stopniu uwydatniające się w obrębie skóry klinicznie niezmienionej.



Ryc. 3.

Badanie histologiczne skrawka skóry, wyciętego z ostatniego członu prawego palca wskazującego wykazało następujące zmiany: naskórek normalny, pod nim liczne, znacznie rozszerzone naczynia krwionośne przeważnie przebiegające równolegle do powierzchni skóry i poczęści wypełnione krwinkami czerwonemi. Naczynia te miejscami łączą się ze sobą w większe jamy wyścielone jednorzędowym śródbłonkiem i poodgradzane od siebie cienkiemi pasmami tkanki łącznej. Przedłużenie poszczególnych naczyń stanowią smugi komórek o dużych okrągłych, owalnych lub podłużnych jądrach. Pośrodku i pomiędzy temi smugami komórkowemi, łączącemi oddalone od siebie naczynia krwionośne, widoczne są mniej lub więcej wąskie szczeliny, gdzieniegdzie wykazujące obecność śródbłonka. Znajdujące się w skórze właściwej większe naczynia krwionośne posiadają zgrubiałe ścianki i otoczone są koncentrycznie ułożonemi komórkami łącznotkankowemi. W niektórych preparatach można stwierdzić znaczne rozmnożenie tych komórek, zwłaszcza uwydatnione w górnej części skóry właściwej; liczne komórki tuczne są rozsiane przeważnie dokoła rozszerzonych naczyń. Tkanka łączna wykazuje zwyrodnienie zwłaszcza w obrębie zmian naczyniowych. Włókna klejorodne są obrzękłe, o zamazanej strukturze. W warstwie brodawkowej bezpośrednio pod naskórkiem włókna sprężyste są zesunięte i ze sobą zlepione, zaś w powierzchownej warstwie skóry właściwej rozrzedzone i ścieńczałe, miejscami brakuje ich zupełnie zwłaszcza dokoła jam naczyniowych. W dolnej części skóry właściwej włókna sprężyste sa natomiast zgrubiałe, obrzękłe i poczęści ze sobą zlepione, względnie rozerwane w drobne ziarniste ułamki. W tej warstwie znajdujące się naczynia krwionośne wykazują zupełnie normalną budowę i dobrze rozwiniętą tkankę sprężystą.

Dok. nast.

[3]) Pani Dr. Janinie Dąbrowskiej (Zakład Anatomji Patologicznej U. W.) wyrażam przy tej okazji serdeczną wdzięczność za nader uprzejme wykonanie preparatów histologicznych i rysunków mikroskopowych.

HISTORJA I FILOZOFJA MEDYCYNY.

Witold ZIEMBICKI. Lwów.

Koleje studjum lekarskiego we Lwowie od czasów najdawniejszych, aż do powstania dzisiejszego fakultetu.

Pierwsze próby nauczania medycyny we Lwowie sięgają czasów odległych. Droga, którą sobie one z trudnością torowały, rwała się wciąż wśród przeszkód przewidzianych i nieprzewidzianych, przez całe wieki. Nauczania medycyny nie możemy oczywiście traktować oddzielnie. Przyszło ono bowiem do skutku łącznie z nauczaniem w o g ó l e. Jeżeli więc przyjmiemy, że początek zorganizowanego nauczania publicznego we Lwowie sięga roku 1400, zbiegając się z datą powstania Akademji Jagiellońskiej, — to od tej chwili do pierwszej promocji lekarskiej we Lwowie upłynęło lat 500, odbyła się ona bowiem w roku 1900.

Rok 1400 nie jest datą ścisłą. Publiczne nauczanie we Lwowie, jak i w Krakowie, jest dawniejsze. Pierwsza publiczna szkoła we Lwowie powstała wedle Zimorowicza już w roku 1382. Szkoła ta, dopóki nie było we Lwowie katedry, była szkołą parafjalną, podlegała mianowicie ówczesnej parafji kościoła Panny Marji, a stała na gruncie miejskim, w pobliżu szpitala Św. Ducha, tam, gdzie dziś plac tego imienia.

Z chwilą powstania we Lwowie arcybiskupstwa (1412), opieka nad szkolnictwem przeszła siłą faktu w ręce hierarchji wyższej. Znakomity arcybiskup lwowski, G r z e g o r z z S a n o k a, łączy dotychczasową szkołę miejską z metropolją i stwarza z niej szkołę katedralną, czyli „metropolitalną", uzyskując dla niej specjalny przywilej Kazimierza Jagiellończyka (1455). Szkoła rośnie odtąd w znaczenie i rozwija się znakomicie, staje się dla tych ziem niejako kolonją Akademji Jagiellońskiej. Największy jej rozkwit przypada na wiek XVI. Dla uzupełnienia studjów, synowie mieszczańscy, po ukończeniu lwowskiej szkoły metropolitalnej, udają się na filozofję do Krakowa, lub dalej, zagranicę.

W drugiej połowie XVI wieku wysoki ten poziom zaczyna się jednak obniżać. Z lwowską szkołą katedralną dzieje się to samo, co z wielką jej mistrzynią i macierzą krakowską. W tym to okresie zjawia się na horyzoncie polskim nowa organizacja o wybitnych celach edukacyjnych: J e z u i c i, sprowadzeni do nas przez H o z j u s z a w roku 1564. Cały kraj pokrywają oni wkrótce siecią swych wpływów, w nowych swych siedzibach zakładają Collegia.

We Lwowie osiadają w roku 1591, a już w roku 1608 następuje otwarcie roku szkolnego w tutejszem Collegium. Szkoła katedralna bynajmniej jednak za wygraną nie daje i podejmuje walkę o stan posiadania. Walka ta nie przebiera w środkach, objawia się burzliwie, przenosi na ulicę, powoduje znane w historji starcia uczniów katedralnych ze zwolennikami Jezuitów. I burze polityczne powstrzymują na jakiś czas rozwój nowej placówki. Przychodzi Cecora (1620), Chocim (1621), Chmielnicki. Dopiero rok 1661 pozwala Jezuitom zrealizować zamierzone plany: Jan Kazimierz wynosi Collegium do godności Akademji. A k t f u n d a c y j n y w y s z e d ł z k a n c e l a r j i k r ó l e w s k i e j w p a m i ę t n y m d n i u 20 s t y c z n i a 1661. Po wstępie, wspominającym o fundacji Jagiełły w Krakowie, a Stefana Batorego w Wilnie, głosi wola królewska, co następuje:

„...Gdy zaś wiele na tem zależy, ażeby także w ruskich ziemiach oddano powinną cześć poważnemu wyznawaniu cnoty i prawdy, łatwo i chętnie postanowiliśmy, aby Collegium lwowskiemu Towarzystwa Jezusowego przydaną była godność Akademji i tytuł Uniwersytetu. Dajemy zatem prawo w tem lwowskiem T. J. Collegium wprowadzić naukę (studium generale) wszelkiej dozwolonej wiedzy, tj. teologji tak scholastycznej jak moralnej, filozofji, matematyki, obojga praw, medycyny, sztuk wyzwolonych, nauk i umiejętności bez wyjątku wszystkich, których Ojcowie T. J. uważać będą za odpowiednie nauczać sami lub przez innych, wedle ich zdania i postanowienia, wedle zwyczaju i praktyki Akademji i Uniwersytetów. I stanowimy, aby po wieczne czasy istniało Collegium to pod nazwą Uniwersytetu i Akademji. Chcemy, aby ta Akademja teraz i na wieki używała tych wszystkich praw, przywilejów, wolności, tytułów, oznak godności i urzędów, jakkolwiekby je wymienić należało, łask, dobrodziejstw i dyspens, któremi cieszą się Akademje krakowska i wileńska..., przedewszystkiem zaś prawa nadawania stopni akademickich i odbywania innych na uniwersytetach używanych promocyj i uroczystości".

Jak widzimy, programem tej Akademji, czyli Uniwersytetu, objęta była, obok innych nauk, także medycyna. Temsamem miało to być *„Studium generale"*, podobnie jak w Krakowie. Takiego postanowienia Akademja krakowska nie przyjęła obojętnie. Przeciwnie, czując się w swych prawach zagrożoną, rozpoczęła bardzo gorącą kampanję przeciwko nowemu stanowi rzeczy, ale nowe wypadki polityczne znowu odwracają uwagę od tej sprawy na czas jakiś. Jan Kazimierz abdykuje (1668), Michał Korybut po krótkich rządach umiera (1673). Pragnąc bądźcobądź uzyskać zatwierdzenie stanów, dotąd sprzeciwiających się uznaniu nowej akademji w rozmiarach, przewidzianych w akcie fundacyjnym Jana Kazimierza, wnoszą Jezuici w roku 1688 do Sejmu prośbę, ażeby pozwolono im we Lwowie wykładać w zakresie nauk lekarskich bodaj anatomję. Jako wykładowcę przedstawiają niejakiego Tomasza Budnego. Prośba ta została załatwiona odmownie. Niemniej wykłady, o które chodziło, zaczęły się odbywać i są, w dziejach lwowskiego studjum lekarskiego, pierwszemi w swoim rodzaju.

Jakkolwiek Jezuici nieomieszkali w roku 1691 obchodzić z wielką uroczystością 100-lecia swej lwowskiej rezydencji i nie spoczywali w pracy nad zjednywaniem opinji publicznej, strona przeciwna wciąż bardzo czujnie im się przygląda i uzyskuje od Augusta II, raz w roku 1706, drugi raz w roku 1718, stanowcze przypomnienie, że tylko jednej akademji krakowskiej wolno mieć cztery fakultety, że temsamem anatomji we Lwowie wykładać nie wolno.

Wszystko to byłoby zapewne nie osłabiło upartej konsekwencji i cierpliwości Towarzystwa Jezusowego, gdyby nie był się zjawił groźniejszy od wszystkich dotychczasowych, nieprzyjaciel. Był nim duch czasu. Duch czasu żądał reformy wszędzie, żądał jej więc i w szkolnictwie. Prawda, że licząc się z tą koniecznością, zdecydowali się Jezuici na pewne zmiany w programie edukacyjnym, ale wprowadzili je w stopniu niedostatecznym. Na arenę zaś wystąpiła nowa siła: zreformowani przez Konarskiego w duchu nowoczesnym, Pijarzy.

Na domiar mieli Pijarzy we Lwowie poplecznika w osobie sufragana, X. Samuela Głowińskiego. Był to zapamiętały nieprzyjaciel Jezuitów, którym też, od czasu swego wejścia do kapituły lwowskiej, a zwłaszcza od czasu objęcia sufraganji (1734), wypowiedział formalną wojnę. Równocześnie stanął zdecydowanie po stronie Pijarów, czyniących od roku 1723 zabiegi o pozwolenie założenia we Lwowie konwiktu.

Głowiński uzyskuje przywilej królewski na fundację takiego konwiktu, zawiera z Konarskim, przyjacielem swym, a pełnomocnikiem Pijarów, układ (1756), mocą którego, na wybudowanie Instytutu wychowawczego synów szlacheckich pod kierunkiem Pijarów, darowuje grunta na przedmieściu glinianskiem (dzisiejsze Łyczakowskie), na utrzymanie tego instytutu przeznacza dobra Winniki i Podbereżce, na samą zaś budowę gmachu daje 60.000 zł. p. w gotówce. Zarazem ustalono program naukowy, obejmujący w planie trzy-, względnie pięcioletnim, następujące przedmioty: religja, obyczaje, stylistyka, łacina, język francuski, niemiecki, ewentualnie włoski, krasomówstwo, pisanie listów, arytmetyka, historja, geografja, wreszcie szermierka i tańce.

Zagrożeni tym razem na dobre Jezuici, zdołali przecież zarówno u króla, jak u papieża, wyjednać zakaz kontynuowania rozpoczętej już przez Pijarów nauki, — co więcej: uzyskują od Augusta III (1758) zatwierdzenie aktu Jana Kazimierza, a więc prawo prowadzenia akademji.

Nie kładzie to kresu protestom, które wnosi tak akademja krakowska, jak i zamojska, protestom, skierowanym zwłaszcza przeciwko przywilejowi promowania doktorów, ale to, co się dzieje tymczasem na horyzoncie politycznym, rozstrzygnięcia już nie dopuszcza. Przychodzi rozbiór Polski (1772), a wkrótce potem, bo w roku 1773 następuje kasata Towarzystwa Jezusowego. Odczytanie Jezuitom tragicznej dla nich bulli Klemensa XIV, przypada w udziale nie komu innemu, jak Głowińskiemu.

Plan nauczania uniwersyteckiego biorą teraz w swe ręce zaborcy. Austrja przeprowadziła już była u siebie reformę wyższych studjów, w myśl planu, opracowanego przez Gerharda Van Swietena, przybocznego lekarza Marji Teresy. Plan ów, zatwierdzony w roku 1749, uwzględniał przedewszystkiem studja lekarskie. Na czele fakultetu postawiono dyrektora rządowego. Van Swieten sam był pierwszym takim dyrektorem fakultetu lekarskiego wiedeńskiego. Ale teraz, gdy reformy miały być aktualne dla zabranej części ziem polskich, nie staje Van Swietena, gdyż umiera on w roku 1773. Reform jego, ani lekarskiego fakultetu tu nie wprowadzono, zajęto się jedynie sprawami administracji sanitarnej. W tym celu mianowano, obok Krajowej Rady Zdrowia, specjalne ciało, w którego skład weszło pięciu członków, a to: dwóch doktorów medycyny: Jędrzej Krupiński i Jan Franciszek Spaventi, jakoteż trzech „chirurgów-akuszerów": Waltz, Ogesser i Kremler. Ciało to miało się zająć organizacją krajowej służby zdrowia, miało obowiązek badać dyplomy cyrulików i akuszerek, a zarazem stanowiło ono Collegium medicum, przeznaczone do kształcenia chirurgów *(Wundärzte)* i ich pomocników. Krupiński, zamianowany w roku 1773 pierwszym protomedykiem Galicji, miał nadto polecenie odbywania „publicznych kollegjów o pewnych częściach medycyny". Był to więc rodzaj fakultetu lekarskiego, przeznaczonego wszakże tylko dla chirurgów, cyrulików i akuszerek. Wykłady rozpoczęły się w kwietniu 1773 r. Zaznaczyć wypada, że Krupiński wykładał po polsku.

Cóż tymczasem działo się z dawnem kolegjum jezuickiem i lwowską akademją? Przekształcono je na t. zw. liceum. Co do Pijarów, to budowa gmachu, przeznaczonego dla nich przez Głowińskiego (dzisiejszy Szpital powszechny), rozpoczęta w roku 1762, zbliżała się ku końcowi. W roku 1776 uzyskał Głowiński prawo otwarcia zakładu, zreformowanego w myśl instrukcyj rządowych, ale nie dożył on tego otwarcia, zmarł bowiem w miesiąc po licencji, dnia 14 września 1776. Zakład, pod nazwą *Collegium nobilium*, czyli Akademji stanowej, został otwarty w listopadzie tegoż roku.

W ten sposób istniały zatem we Lwowie w owym czasie następujące zakłady o charakterze wyższych uczelni:

1) *Collegium medicum* z Krupińskim,

2) *Liceum*, jako pozostałość po zakładach jezuickich, z kursami filozoficznemi i prawniczemi,

3) *Collegium nobilium.*

Marja Teresa nosiła się wprawdzie z zamiarem założenia we Lwowie uniwersytetu, ale zanim mogła ten zamiar urzeczywistnić, dokonała żywota (29 listopada 1780). Dzieło przyprowadził natomiast do skutku syn jej, Józef II, który w rocznicę śmierci matki, dnia 29 listopada 1781, podpisał akt fundacyjny. Inauguracji zaś wznowionej wszechnicy dokonano 16 listopada 1784. W program nauk weszła i medycyna. Tem samem przestało istnieć dotychczasowe *Collegium medicum*. Zarazem i zakład Głowińskiego, zniesiony przez Józefa II, już w roku 1783, został dnia 14 sierpnia 1784 definitywnie zamknięty.

Wydział lekarski na nowym uniwersytecie zorganizowany był jak następuje:

Do nauk wstępnych należały różne działy historji naturalnej, conajmniej zaś uwzględnione być musiały chemja i botanika. Nauki ściśle lekarskie rozdzielone były na cztery lata:

Rok I, poświęcony był głównie anatomji;

Rok II, fizjologji i chirurgji;

Rok III, farmakognozji *(materia medica)*, patologji i położnictwu;

Rok IV, klinice.

O siłach nauczycielskich z tego okresu skąpe tylko mamy wiadomości, byli to bowiem profesorowie małej wiedzy i wartości, bez wyjątku z Wiednia naznaczeni. Ludzie ci toczyli między sobą ustawiczne spory i gorszące kłótnie. Na posiedzeniach fakultetu niejednokrotnie omal nie przyszło do bójki. Nie dziw, że wydział ten odznaczał się słabą frekwencją, toteż i nie utrzymał się długo. Już po czterech latach został skasowany (1788). W miejsce wyższego studjum lekarskiego wprowadzono rodzaj wydziału szczątkowego, przeznaczonego nietylko dla medyków, ale zarazem dla chirurgów, akuszerek i weterynarzy.

W program naukowy weszły przedmioty:

1. Institutio medico-chirurgica;
2. Położnictwo;
3. Weterynarja.

Nadto nauki wstępne: Historja naturalna, chemja i botanika.

Wykłady odbywały się w dzisiejszym szpitalu powszechnym, urządzonym na mocy rozporządzenia rządu, w miejsce dawnego zakładu Głowińskiego. W tym okresie wyróżnił się śród profesorów Baltazar Hacquet, przyrodnik, który, aczkolwiek nie celował ani szczególnym charakterem, ani sympatją dla naszego kraju, położył zasługi około zbadania i poznania tego kraju i pozostawił niemałej wartości prace krajoznawcze. Spomiędzy innych wymieniony być winien profesor chirurgji, Franciszek Masoch. Odznaczył on się w roku 1806 podczas epidemji cholery, przyczynił się do wprowadzenia w kraju naszym ochronnego szczepienia przeciw ospie, był długi czas nestorem lekarzy lwowskich, którzy w roku 1838 obchodzili uroczyście 50-lecie jego doktoratu, umarł w 82 roku życia jako honorowy obywatel miasta.

Niestety, w roku 1805 przyszło do skasowania józefińskiego uniwersytetu we Lwowie. Zamiast uniwersytetu wprowadzono t. zw. Liceum lwowskie. Objęty programem tego liceum t. zw. Instytut medyko-chirurgiczny, urządzony został na wzór szkoły średniej i ograniczał się do studjum dwuletniego, z następującym programem:

I rok: Chirurgja ogólna i specjalna, nauka o bandażowaniu, o instrumentach chirurgicznych, fizjologja, patologja, terapja wewnętrzna, dietetyka i receptura;

II rok: Terapja specjalna, operacje przy łóżku chorego, choroby wewnętrzne.

Nadto: medycyna sądowa, weterynarja i położnictwo.

Językiem wykładowym był język niemiecki. Jedynie położnictwo, ze względu na słuchaczki (akuszerki) można było wykładać także i po polsku.

Nadszedł pamiętny w historji Lwowa dzień: 26 maja 1809 wojska polskie zajęły miasto. Generał Rożniecki ustanowił rząd tymczasowy pod protektoratem Napoleona. Liceum lwowskie opróżniło się. Siły nauczycielskie bowiem zbiegły.

Wraca na widownię uniwersytet lwowski w roku 1817. W roku tym cesarz Franciszek I podnosi Liceum lwowskie do godności uniwersyteckiej. Fakultet lekarski wszakże miejsca tam nie znalazł. Połączono jedynie z Uniwersytetem dawny Instytut medyko-chirurgiczny, którego program rozłożono na trzy lata:

I rok, przygotowawczy: Anatomja, fizyka, botanika, chemja;

II rok: Fizjologja, patologja, materia medica, dietetyka, położnictwo, weterynarja;

III rok: Patologja i terapja szczegółowa, klinika lekarska, chirurgja operacyjna, medycyna sądowa.

Nadto wykłady z dentystyki i okulistyki.

Instytut nie miał oczywiście prawa promocji. Po doktorat trzeba było jechać do Wiednia (Kraków leżał poza obrębem monarchji austrjackiej). Z instytutu lwowskiego wyszły natomiast całe zastępy niedoktoryzowanych chirurgów, którzy przez dziesiątki lat byli, na prowincji zwłaszcza, jedynymi reprezentantami wiedzy lekarskiej. Sama szkoła, aczkolwiek pozbawiona praw fakultetu, pozbawiona odpowiednich urządzeń i zakładów, niemniej, dzięki sumienności sił nauczycielskich poczęści krajowych, wyrobiła sobie w opinji publicznej niemały szacunek, chorzy zaś garnęli się tam o pomoc z zaufaniem. Wśród profesorów Instytutu spotykamy nazwiska lekarzy znanych i zasłużonych. Takim był np. Antoni Sławikowski, lwowianin, okulista, który objął w Instytucie wykłady w roku 1821, a w roku 1851 stąd przeszedł na katedrę okulistyki do Krakowa. Następcą jego był niemniej znany Ignacy Hawranek, także lwowianin. W generacji późniejszej, w roku 1869—70 widzimy w gronie asystentów Instytutu wschodzące przyszłe gwiazdy: dra Oskara Widmana (w klinice lekarskiej), dra Gerarda Festenburga (w klinice położniczej), dra Jana Szeparowicza (w klinice chirurgicznej) i wielu innych. Zaznaczyć jeszcze wypada, że członkowie grona profesorskiego Instytutu założyli we Lwowie rodzaj pierwszego towarzystwa lekarskiego pod nazwą: *„Medizinische Konversation“* (1842).

W miarę jednak rozwoju nauki lekarskiej z jednej strony, a z drugiej strony wzrastania potrzeb kraju, zwłaszcza od chwili uzyskania autonomji, — istnienie Instytutu było przesądzone. Stał się on przeżytkiem i to przeżytkiem szkodliwym. W sprawie konieczności zniesienia tej instytucji zabiera w roku 1868 głos Towarzystwo Lekarzy Galicyjskich, wskutek czego sprawa przychodzi pod obrady Sejmu, gdzie wnosi ją w imieniu komisji edukacyjnej Józef Majer, w słowach następujących:

„Towarzystwo Lekarzy Galicyjskich we Lwowie uprasza, ażeby tutejszą szkołę, t. zw. chirurgiczno-medyczną przy Uniwersytecie lwowskim, zwinąć. Nie będę zajmował Wysokiej Izby szczegółowym wywodem okoliczności, które skłoniły Towarzystwo Lekarskie do wystosowania tej prośby. Jeżelibym miał wyrazić osobiste przekonanie, przyznaćbym musiał, że przytoczone powody są słuszne i sprawiedliwe. Zakład bowiem, o który tu idzie, istotnie ubliża nauce, odwodzi swych wychowańców od właściwego ich powołania, t. j. niesienia podrzędnej pomocy lekarskiej, prowadzi do nadużyć, których ofiarą staje się szczególniej niezamożna ludność, lekarze bowiem niedouczeni nie dają społeczeństwu żadnej gwarancji, że zawód swój wykonywać będą z tym zasobem wiadomości, jakiego dozwala obecny stan nauki“.

Akcję wznawia w roku następnym poseł sejmowy, Hoszard. Rząd przychyla się wkońcu do tego słusznego życzenia kraju i postanawia Instytut skasować. Ostatnim okresem jego czynności są lata 1872—74. Począwszy od roku szkolnego 1874—75 szkoła medyko-chirurgiczna nie istnieje. Pozostawiono jedynie, a to ze względu na potrzeby ludności, naukę położnictwa, wykładaną tak dla kobiet, jak i mężczyzn. Obowiązki profesora tego przedmiotu pełnił dr. Adam Czyżewicz, ostatni z grona nauczycielskiego dawnego Instytutu.

Zaczęły się teraz żmudne, wieloletnie usiłowania, zmierzające do przywrócenia Uniwersytetowi lwowskiemu fakultetu lekarskiego. Nareszcie, w roku 1893, narazie w ramach wydziału filozoficznego, rozległy się, w jednej z sal starego Uniwersytetu przy ul. Św. Mikołaja, pierwsze słowa wykładów anatomji ludzkiej, powierzonych zasłużonemu około przywrócenia tego studjum działaczowi. Był nim prof. dr. Henryk Kadyi. W rok później (1894) nastąpiło uroczyste otwarcie nowego wydziału lekarskiego. Katedry i zakłady powstawały stopniowo, w miarę potrzeby, rok po roku. Dnia 2 kwietnia 1900 odbyła się pierwsza promocja doktorska. Stanęło do niej trzech uczniów lwowskiego fakultetu: 1. Bolesław Kielanowski, 2. Piotr Pręgowski, 3. Henryk Mańkowski.

Źródła opracowania:

Finkel L. i Starzyński St.: Historja uniwersytetu lwowskiego, Lwów, 1894. — Skoczek J.: Dzieje lwowskiej szkoły katedralnej, Lwów, 1929. — Sprawozdanie lekarskie Szpitala powszechnego krajowego we Lwowie za rok 1873, Lwów, 1875. — Rocznik Towarzystwa lekarzów galicyjskich za rok 1868, Lwów, 1869. — Sprawozdania sejmowe z lat 1868 i 1869. — Album promotionum Univ. Leop. — Przegląd lekarski, Kraków, 1894 i 1900, rubryka „Wiadomości bieżących“.

PRACE ORYGINALNE.

Dr. Stefan MALCZYŃSKI. St. Asyst. U. J. K. Lwów.

Przebieg krzywej cholesterolu we krwi po naświetlaniach lampą Bucky'ego i promieniami X.

Z Zakładu Patologji Ogólnej i Doświadczalnej Uniw. J. K.
Dyrektor: Prof. Dr. M. Franke.

Działaniem energji promiennej pod postacią promieni pozafiołkowych i infraczerwonych, co było tematem prac poprzednich [1]), uzyskaliśmy wybitne zmiany stężenia cholesterolu we krwi, cechujące się przejściowym, ale wyraźnym wzrostem.

Obecnie podamy wyniki dalszych badań nad tym składnikiem krwi, ale po zastosowaniu następujących skolei: promieni granicznych, zajmujących co do długości fali miejsce między promieniami pozafiołkowemi a promieniami X, oraz tych ostatnich, znajdujących się w szeregu poza promieniami granicznemi, a przed promieniami ciał promieniotwórczych.

W dalszej pracy omówimy jeszcze działanie promieni słonecznych, które w ogólnej skali energji promiennej, zajmują miejsce między promieniami niewidzialnemi, cieplnemi t. zw. infra-czerwonemi, a promieniami poza-fiołkowemi. W ten sposób wyczerpiemy działanie rozmaitych promieni na poziom cholesterolu we krwi, a zamkniętych w obrębie strefy, rozciągającej się pomiędzy falami Hertza, a emanacją ciał promieniotwórczych.

Podobnie jak poprzednio, użyliśmy do doświadczeń psów, pozostających na kalorycznie stałej diecie. Po ustaleniu we

---

[1]) St. Malczyński: O wpływie naświetlania lampą kwarcową (systemu Hanau) na poziom cholesteryny we krwi u zwierząt i ludzi. Pol. Gaz. Lek. 1928. Nr. 40.

St. Malczyński: O wpływie promieni infra-czerwonych (lampa Rosultra) na poziom cholesterolu (cholesteryny) we krwi. Pol. Gaz. Lek. 1932. Nr. 42.

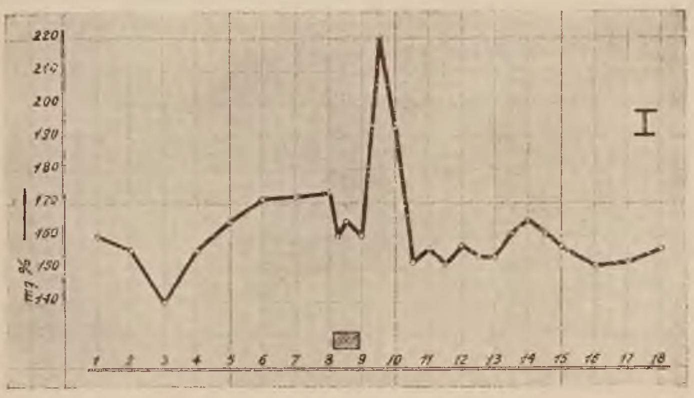
krwi przeciętnych wartości cholesterolu, stosowaliśmy naświetlania na ogoloną skórę grzbietu na przestrzeni 30/20 cm.

Jedne zwierzęta poddano naświetlaniom promieniami granicznemi (lampa Bucky'ego) inne naświetlaliśmy promieniami Roentgena. Doświadczenia podzielili śmy na dwie grupy. U jednych zwierząt zwróciliśmy uwagę na wahania cholesterolu w następstwie jednorazowego, a silniejszego naświetlenia, przyczem obserwacje ograniczyliśmy do krótkiego okresu czasu. U innych psów stosowaliśmy naświetlania kilkurazowe, codziennie, przez parę dni, a badania rozciągnęły się na dłuższy czas. Ten podział dotyczy doświadczeń tak z promieniami granicznemi, jak i Roentgena. Cholesterol oznaczaliśmy metodą Funka-Authenrietha w pełnej krwi, pobieranej zawsze naczczo. Technika i metody obecnych badań nie różniły się niczem w porównaniu z poprzedniemi pracami.

I. Promienie graniczne.

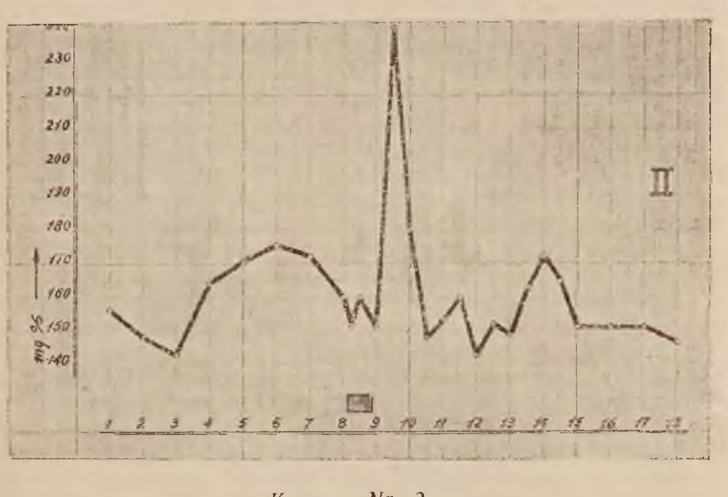
A. Doświadczenia przewlekłe.

Z 7-tygodniowego okresu wstępnego przed naświetlaniem przeciętna wartość cholesterolu wynosiła u psa I. i II. 161 mg%. U każdego z psów zastosowaliśmy 3 naświetlania lampą Bucky'ego, przez 3 dni po kolei o dawce: 1 pole, z odległ. 10 cm przez 15 minut przy 9 kilowoltach. W oznaczeniach cholesterolu we krwi wykonanych w jedną godzinę po 2-giem, a w 10 minut po 3-ciem naświetlaniu, nie znaleźliśmy żadnych zmian. Dopiero w tydzień po ostatniem naświetleniu stwierdziliśmy u psa I wybitne wzniesienie krzywej cholesterolu z maksimum wynoszącem 220 mg% (+ 36,6%). Poziom cholesterolu badany w 3 dni później wykazał już dążność do powrotu nietylko do normy, ale nawet spadku, który najwyraźniej zaznaczył się



Krzywa Nr. 1. *)

w 7 dni od wzrostu, osiągając wartość u psa I 152 mg% (— 30,9%). Krzywa następnych oznaczeń cholesterolu, co 3 dni przez okres około 5 tygodni, wykazywała bardzo nieznaczne wahania, nie przekraczające ± 10 mg%; uzyskała więc poziom wyjściowy.



Krzywa Nr. 2.

Podobne zachowanie się cholesterolu było u psa II. Początkowa, średnia wartość cholesterolu przed naświetlaniem wynosiła 161 mg%. Dopiero w tydzień po ukończeniu naświetlań wystąpił bardzo wyraźny, krótkotrwały wzrost cholesterolu, dochodzący do 240 mg% (+ 49%). Trzeciego dnia rozpoczęła się obniżka osiągająca najniższą wartość 7 dnia od wzrostu, dochodząc do 148 mg% (— 38,3%). Średnia następnych wartości cholesterolu u tego psa wynosiła 153 mg%.

B. Doświadczenia ostre z jednorazowem naświetleniem. Zmiany wczesne.

W tej grupie doświadczeń po ustaleniu przeciętnego poziomu, zastosowaliśmy jednorazowe naświetlenie lampą Bucky'ego na ogoloną skórę grzbietu psa na przestrzeni 30/15 cm o dawce: 1 pole z odległości 10 cm przez 15 minut. We krwi pobranej w 10 minut po naświetleniu zauważyliśmy nieznaczny (względny) spadek cholesterolu, osiągający u psa I 160 mg% (— 6%), u psa II 152 mg% (— 4%). Ten spadek był przejściowy; poziom bowiem cholesterolu badany już na drugi dzień osiągnął spowrotem wartość wyjściową z okresu przed naświetlaniem.

Dla przykładu przytoczymy wartości cholesterolu u 2 psów tej grupy:

Data	Pies I (wagi 12 kg)	Pies II (wagi 10 kg)
Wartości cholesterolu wyrażone w mg %		
28. VI. 1932	180	148
29. VI. 1932	168	164
30. VI. 1932	168	160
1. VII. 1932	172	156
2. VII. 1932 przed naśw.	172	164
naświetlanie		
w 10 min krew	160	152
3. VII. 1932	168	164
4. VII. 1932	172	164
5. VII. 1932	172	172

Powyższe bardzo nieznaczne zmiany poziomu cholesterolu skłoniły nas do dalszych badań. W drugiej grupie psów zwiększyliśmy dawkę naświetlań, wychodząc z założenia, że może pierwotnie użyta dawka była za mała. Nadto pobieraliśmy krew 2 razy t. j. — w 10 minut, oraz w 2½ godziny po ukończeniu naświetlania przypuszczając, że może wybitniejsze zmiany w poziomie cholesterolu wystąpią w dłuższy czas — niż w 10 minut po naświetleniu, wobec czego nie mogły być one uchwycone w pierwszej serji naszych badań.

Przeciętny poziom cholesterolu wynosił w drugiej serji zwierząt u psa III 164 mg%, u psa IV 173 mg%. Zastosowaliśmy jednorazowe naświetlanie o dawce większej niż poprzednio — przez skrócenie odległości (1 pole z odległości 8 cm przez 15 minut). Zmiany w poziomie cholesterolu wystąpiły w 10 minut po naświetleniu, a charakteryzowały się przejściowym wzrostem, który u psa III osiągnął wartość 200 mg% (+ 21,9%), u psa IV 204 mg% (+ 17,9%). Krzywa cholesterolu w 2½ godz. i na drugi dzień po naświetleniu obniżyła się do poziomu poprzedniego.

Wartości cholesterolu u tych psów są następujące:

Data	Pies III (wagi 6 kg)	Pies IV (wagi 5.5 kg)
Wartości cholesterolu wyrażone w mg %		
5. X. 1932	156	168
6. X. 1932	160	172
7. X. 1932	164	176
8. X. 1932	164	176
9. X. 1932	168	172
10. X. 1932 przed naśw.	172	176
naświetlanie		
w 10 min. po	200	204
w 2½ godz. po	176	172
11. X. 1932	180	172
12. X. 1932	172	180
13. X. 1932	156	168

Powyższe wyniki wprawdzie może nieco rozbieżne, przemawiają za wpływem promieni granicznych na zawartość cholesterolu we krwi. W doświadczeniach przewlekłych, w których zastosowano 3 naświetlania lampą Bucky'ego — efekt jej działania wystąpił w naszych przypadkach dopiero po tygodniu od ukończenia naświetlań. Musimy przytem zaznaczyć, że pierwszą krew pobraliśmy w godzinę po 2-giem naświetleniu, następną w 10 minut po 3, a nie badaliśmy zaraz po pierwszem naświetleniu.

W doświadczeniach z jednorazowem naświetleniem w jednej grupie zwierząt nie stwierdziliśmy wybitniejszych zmian (nieznaczny i to względny spadek). W drugiej grupie, w której zwiększyliśmy dawkę promieni, zaraz po naświetlaniu wystąpił wzrost cholesterolu.

*) Objaśnienie krzywych: cyfry na osi odciętych oznaczają tygodnie. Kreskowane wśród nich prostokąty odpowiadają naświetlaniom.

Nie możemy przesądzać, czy i w serji doświadczeń z kilkurazowem naświetlaniem, już po pierwszem nie było podwyższenia poziomu cholesterolu; spowodu jednak pobrania krwi dopiero w godzinę po naświetleniu tej fazy dodatniej (wzrostu) nie mogliśmy uchwycić. Przypuszczenie to wynikałoby z doświadczeń grupy zwierząt, u której po jednorazowem naświetleniu już w 10 minut wystąpiło wyraźne wzniesienie krzywej cholesterolu.

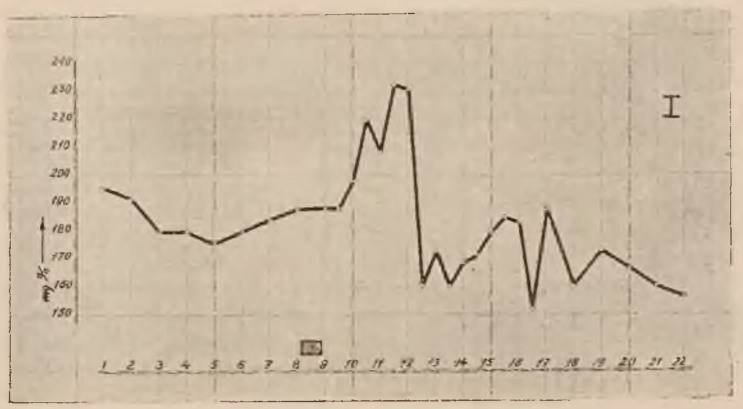
Naświetlanie promieniami granicznemi daje w każdym razie wahania cholesterolu w kierunku dodatnim, występujące już nieraz bezpośrednio po ukończeniu naświetlania, a nadto także w pewien czas po zastosowaniu kilku naświetlań.

II. Promienie Roentgena.

A. Doświadczenia przewlekłe.

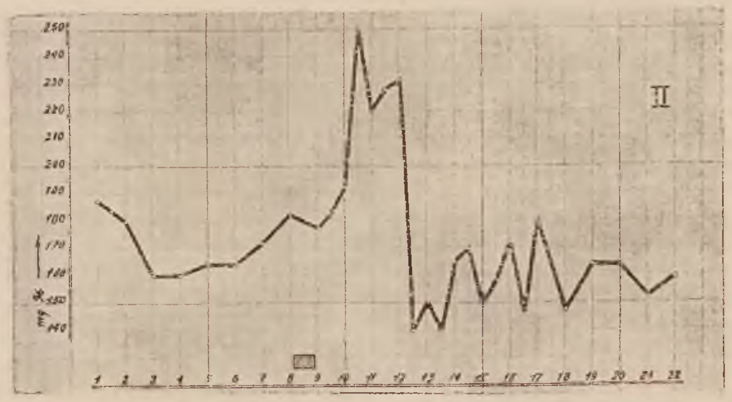
Naświetlań promieniami X u każdego psa zastosowaliśmy 4, w odstępach codziennych z odległości 28 cm przy dawce 5 H/1 Al mm przez 8 minut.

Średnia wartość cholesterolu we krwi z okresu 7-tygodniowego przed naświetlaniem wynosiła u suki I 186 mg %, u psa II 170 mg %. Poziom cholesterolu po trzech naświetlaniach, a bezpośrednio przed czwartem nie uległ żadnej zmianie. Dopiero w następnych oznaczeniach co 3 dni wystąpiła wyraźna dążność do wzrostu, którego maksimum przypadło u suki I po 19 dniach, u psa II nieco prędzej, bo już po 12 dniach od chwili ukończenia naświetlań.



Krzywa Nr. 3.

Maksimum wzrostu wynosiło u suki I 232 mg % (+ 28,8%), u psa II 248 mg % (+ 45,8%). Przez parę dalszych dni obserwowaliśmy utrzymywanie się cholesterolu na zwiększonym poziomie wynoszącym średnio ok. 230 mg %, poczem nastąpił gwałtowny jego spadek u suki I do 160 mg % (— 31%), u psa II do 140 mg % (— 43,55%) — zatem poniżej przeciętnego poziomu cyfr wyjściowych. Odtąd rozpoczynają się mniejsze lub większe wahania cholesterolu, których średnia (przez 9 tygodni) wynosi u suki I 169 mg %, u psa II 157 mg %.



Krzywa Nr. 4.

Średnia więc oznaczeń cholesterolu przez 9 tygodni od chwili spadku, w porównaniu ze średnią cyfr wyjściowych z okresu poprzedzającego naświetlania jest nieco niższą.

Z powyższych doświadczeń wynika, że działanie promieni X po kilkurazowem zastosowaniu zaznacza się wyraźnym, chociaż przejściowym wzrostem cholesterolu we krwi, którego maksimum przypada dopiero w dłuższy czas po naświetlaniach. Po następowym, nagłym spadku, nawet poniżej cyfr wyjściowych, wartość cholesterolu po mniejszych lub większych wahaniach, uzyskuje w pewien czas znów poziom wyjściowy.

B. Doświadczenia ostre z jednorazowem naświetleniem.

U zwierząt tej grupy zastosowaliśmy jednorazowe naświetlenie promieniami Roentgena w dawce 10 H/1 Al mm przez 16 minut z odległości 28 cm (dawka zwiększona) na ogoloną skórę grzbietu psa na przestrzeni 30/15 cm.

Średnia wartość cholesterolu z kilku dni przed naświetlaniem wynosiła u suki I 185 mg %, u psa II 177 mg %. Naświetlenie Roentgenem wywołało krótkotrwały wzrost cholesterolu we krwi, pobranej w 10 minut po naświetleniu, który u suki I osiągnął 212 mg % (+ 13,9%), u psa II 208 mg % (+ 17,3%). Wzrost ten trwa bardzo krótko. Już w 24 godzin po naświetleniu — poziom cholesterolu obniża się, uzyskując szybko przeciętną wartość wyjściową.

Zachowanie się cholesterolu u 2 psów było następujące:

Suka I. wagi 14 kg		Pies II. wagi 10 kg	
20. VI. 1932	192 mg %	21. VI. 1932	192 mg %
21. VI. 1932	184 „	22. VI. 1932	172 „
22. VI. 1932	180 „	23. VI. 1932	168 „
23. VI. 1932	188 „	24. VI. 1932	176 „
24. VI. 1932	184 „	25. VI. 1932	180 „
25. VI. 1932	192 „	Po naświetl. w 10 min. krew	208 „
Po naświetl. w 10 min. krew	212 „	26. VI. 1932	192 „
26. VI. 1932	192 „	27. VI. 1932	176 „
27. VI. 1932	180 „	28. VI. 1932	176 „
28. VI. 1932	180 „		

Powyższe badania doraźnego wpływu promieni Roentgena na poziom cholesterolu we krwi, dają potwierdzenie doświadczeń R. Huberta (*Klin. Wochenschrift* 1928), przeprowadzonych na ludziach. Podobnie jak u ludzi, stwierdziliśmy i u zwierząt bezpośredni wpływ promieni Roentgena, wyrażający się chwilowym podniesieniem poziomu cholesterolu we krwi tuż po naświetlaniu.

Niezależnie od tych zmian bezpośrednich — występują w pewien czas po ukończeniu kilkurazowych naświetlań — i późniejsze, dające także przejściową, ale wybitną podwyżkę cholesterolu, jak to opisaliśmy wyżej.

DONIESIENIE TYMCZASOWE.

Dr. Jan ZAMBRZYCKI. Grudziądz.

Nowe sposoby leczenia dożylnego.

Zastrzyki dożylne robi się w tym celu, by uzyskać silne oddziaływanie lecznicze na chore części organizmu z ominięciem drogi przez przewód pokarmowy, w którym zastosowane leki mogą doznać przeobrażeń chemicznych i resorbcja ich podlega zmiennym warunkom miejscowym. Naogół używa się w tym celu rozczynów wodnych. Ma to jednak ujemne strony. Woda nie jest wobec krwi obojętną i zostaje szybko przez nerki wydzieloną. Zachodzi więc niebezpieczeństwo hemolizy lub trombozy przy zbyt silnej koncentracji leków w wodzie rozpuszczonych. Oprócz tego działanie ich może być tylko dorywcze i nie można go potęgować dowolnie.

W roku 1919 stosowałem poraz pierwszy do dożylnych injekcyj 50% alkoholu w ilości 5—10 cm^3. Bezpośrednim powodem do zastosowania takich zabiegów była epidemja grypy, która wówczas panowała w Berlinie. Przywożono do szpitala w Neukölln, gdzie byłem asystentem (prymarjusz Dr. Z a d e k) wielką ilość chorych w stanie silnej intoksykacji, nieprzytomnych, z ogólną cyjanozą i tak osłabionych, że odżywianie i dawanie leków *per os* było wykluczone. Ponieważ wszelkie tylko możliwe sposoby leczenia nie odnosiły żadnego skutku, postanowiłem dać dożylnie alkohol jako środek orzeźwiający *(analepticum)*, odżywczy. Skoro się tylko można było dostać igłą do żyły, robiłem zastrzyki w wyżej podanej koncentracji i ilości. O ile krążenie było jeszcze utrzymane, udało się chorego wyratować. Wtenczas cyjanoza ustępowała, poty występowały, skóra na twarzy przechodziła w kolor silnie czerwony i chory odzyskiwał przytomność. Pamiętam, że wśród wyleczonych tą metodą znajdowały się przypadki z obustronnem zapaleniem płuc i ropnemi zapaleniami opłucnej.

To jest geneza leczenia dożylnego alkoholem etylowym. Odtąd stosuje się ją przy stanach septycznych i ropieniach płucnych. Mając wskazaną nową drogę w leczeniu dożylnem, postanowiłem

postępować nią dalej i wypróbować inne środki organiczne płynne, spokrewnione chemicznie z alkoholem. Glicerynę można zastrzyknąć dożylnie w ilości 1—2 cm³ bez żadnych ujemnych skutków. Czy i w jakich przypadkach zabiegi te oddziaływują dodatnio na stany chorobowe, nie mogę obecnie jeszcze osądzić, gdyż zająłem się tym środkiem dopiero w ostatnim czasie. Natomiast celem tej publikacji jest zwrócenie uwagi na inny płyn organiczny, mianowicie na oliwę.

By uzyskać intensywne i długo trwające działanie lecznicze przy chorobach przewlekłych metodą dożylną, stosuję od czerwca 1931 r. jako płyn do rozczynów do niej potrzebnych, oliwę *(Ol. olivar. sterilisat.)*. Zastrzykuję dożylnie leki rozpuszczone lub suspendowane w oliwie w ilości rozczynu 1—3 cm³ co drugi dzień. Powoduje to wzmożoną zawartość oliwy we krwi, czyli sztuczną lipemję, podobną do lipemji cukrzycowej. Przy tej ostatniej nie obserwuje się zatorów tłuszczowych i tak samo przy sztucznie przez zastrzyki stworzonej lipemji nie zachodzą żadne ujemne skutki dla organizmu, powodowane mechanicznie przez tłuszcz krążący we krwi. Przeciwnie, chorzy po tych zabiegach czują się dobrze, samopoczucie jest lepsze, apetyt wraca, stany gorączkowe mijają i w przebiegu choroby daje się zaobserwować zwrot ku lepszemu. Wykonałem dotąd około 3000 takich zastrzyków i na mocy tego doświadczenia jestem uprawniony do orzeczenia, że terapja zastrzykami dożylnemi rozczynów czy zawiesin w oliwie ma bardzo korzystne skutki lecznicze i nie jest wcale niebezpieczną. Działanie to tłumaczę sobie w następujący sposób:

1) oliwa jest środkiem odżywczym i zachowuje tę właściwość, gdy się ją zastrzyknie dożylnie;

2) nie może być wydzieloną przez nerki i musi być w organiźmie strawioną, przyczem oddziaływuje na tkanki przeróżnych organów;

3) jest wobec krwi obojętną i pozostaje dlatego dłuższy czas w naczyniach krwionośnych a środki w niej rozpuszczone mogą silnie i długo wpływać na chore części ciała.

Każdy płyn zastrzyknięty do żyły przebiega przez prawe serce, naczynia włoskowate płuc i zostaje przez lewe serce skierowany do aorty i jej rozgałęzień. Dlatego też działanie oliwy nie ogranicza się do płuc lecz sięga do wszystkich części ciała. Oprócz czystej oliwy brałem do zastrzyków rozczyny kamfory, jodu, kreozotalu, kwasu będźwinowego, błękitu metylenowego i zawiesiny związków wapnia.

O preparatach, sposobie ich sporządzania i działaniu wraz z zachodzącemi specjalnemi odczynami doniosę szczegółowo w innej publikacji, ponieważ zajęłoby to tutaj za wiele miejsca. W pierwszym rzędzie wymienić należy szereg wskazań i osiągnięte dotychczas rezultaty.

Zastrzykami dożylnemi rozczynów w oliwie leczyłem następujące choroby:

I. Choroby płuc.

Przy gangrenie płuc w postaci abscesu stosowałem 3% rozczyn kamfory z jodem. Wpierw pojawiała się silna infiltracja wokoło pierwotnego ogniska, widoczna przy prześwietleniu i na reutgenogramach. Naciek ten powoli ustępował i po 4—6 tygodniach miejscowe zmiany przechodziły w zabliźnienie. Równocześnie ustawały także objawy kliniczne.

Przy gruźlicy płuc wszelkiego rodzaju daje się również zaobserwować wpierw silny naciek wokoło miejsc zajętych procesem patologicznym. W miarę zanikania infiltracji występują przerosty tkanki łącznej i bardzo silne zwapnienie widoczne także w tych przypadkach, w których nie stosowano preparatów z wapniem tylko rozczyny kreosotalu lub jodu. Zmiany objawów klinicznych były następujące: krwioplucie pierwotne i krwotoki w późniejszych okresach choroby ustają po 1—2 injekcjach zawiesiny *calcium phosphoricum*. Gorączka powoli opada z wahaniami zależnemi od injekcyj. W przypadkach o przebiegu bezgorączkowym nie następuje żadna zwyżka temperatury. Zastrzyki jako takie nie powodują więc gorączki i do skutecznego ich działania, wywołanie gorączki nie jest potrzebne. Jeżeli zastrzyk robi się bardzo szybko, wówczas występuje kaszel, trwający krótki czas. Chcąc uniknąć tego należy zastrzykiwać powoli, cienką igłą (nr. 12) i z ciepłej strzykawki. Kaszel spowodowany zmianami w płucach jest po injekcjach lżejszy, nie powoduje wymiotów i ustępuje w jakiś czas po ustaniu gorączki. Reasumując, mogę twierdzić, że terapja dożylna oliwą daje przy gruźlicy płuc bardzo dobre rezultaty. Leczyłem kilkadziesiąt przypadków i skonstatowałem w tym okresie polepszenie lub zupełne wyleczenie.

Pięć przypadków z wysiękiem surowiczym z limfocytami w opłucnej leczyłem w następujący sposób: po zupełnem wypuszczeniu wysięku robiłem natychmiast injekcję z oliwy, powtarzając ją co drugi dzień (słabe rozczyny jodu lub zawiesinę wapnia). Miało to regularnie ten skutek, że wysięk nie wracał i wyleczenie następowało bardzo prędko. To samo zaobserwowałem przy reumatycznem zapaleniu opłucnej. *Pleuritis adhaesiva chronica* reaguje na to leczenie także bardzo dobrze. Przy przewlekłem zapaleniu oskrzeli stosowałem słabe rozczyny kamfory z dobrym skutkiem.

II. Choroby żołądka i kiszek.

Zaobserwowałem, że owrzodzenia w przewodzie pokarmowym *(ulcus ventriculi, duodeni, colitis ulcerosa gravis)* goją się po zastosowaniu dożylnem zawiesin wapnia *(Calcium phosphoricum)* w oliwie i prędzej niż przy dotychczasowem leczeniu. Ponieważ leczyłem tylko ambulatoryjnie, nie można było myśleć o racjonalnej diecie. Mimo to po 2—3 tygodniach leczenia injekcjami znikały boleści, krwawienia i kał stawał się prawidłowy.

III. Choroby nerek.

Injekcje oliwy stosowałem przy przewlekłych zapaleniach miedniczek nerkowych i takichże zapaleniach nerek. Stwierdziłem, że stany chorobowe dróg moczowych nie stanowią przeciwwskazania, leczenie zaś miało lepsze skutki od stosowania środków odkażających.

IV. Reumatyzm.

Gościec stawowy ostry i przewlekły, myalgję i *arthritis deformans* leczyłem wyłącznie zastrzykami rozczynów jodu i kwasu będźwinowego, gdyż leczenie to dawało lepsze rezultaty niż przy dotychczas stosowanych metodach. Przy *arthritis rheumatica chronica primaria* i *secundaria* stosowałem silne rozczyny jodu z tym skutkiem, że bóle i obrzęki znikały i wydajność ruchów, o ile nie było zesztywnienia stawów, stawała się większą.

V. Arterjoskleroza.

Wszelkie objawy tej choroby ustępowały po zastrzykach silnych rozczynów jodu (aż do 20%).

VI. Choroby mózgu, rdzenia i nerwów.

Miałem dobre wyniki przy epilepsji, neurozie urazowej, bólach tabetycznych, skurczach pochodzenia rdzeniowego i neuralgjach.

Jest to dopiero mała część chorób wewnętrznych, przy których metoda wyżej opisana mogła być w tak krótkim czasie wypróbowaną. Dalsze zastosowania wykażą, czy i przy innego rodzaju stanach chorobowych można ją będzie użyć.

W niniejszem ogłoszeniu zestawiłem dotychczasowe wyniki przy nowych sposobach dożylnej metody leczenia. Wyczerpujący opis działania ich przy poszczególnych chorobach będzie treścią dalszych publikacyj.

OCENY.

Propaganda farmaceutyczna, jej cel i metody. HIPOLIT LUCJAN OSTOWSKI. Warszawa 1933. Str. 112.

Z broszurką tą winien się zapoznać ogół lekarzy. Wprawdzie nie jest ona przeznaczona specjalnie dla nich, ale porusza sprawę, z którą się lekarz codziennie styka czyto pod postacią przedstawicieli różnych firm farmaceutycznych czyto w formie listów i ulotek propagandowych. Autor w tej broszurze stara się przedstawić, jak powinna być prowadzona dobra i skuteczna propaganda farmaceutyczna, dla naszego więc młodego przemysłu chemiczno-farmaceutycznego, zaczynającego się dopiero obecnie powoli rozwijać, wydanie tej książeczki jest bardzo na czasie. Fabryczny przemysł farmaceutyczny ma tak duże znaczenie ogólne i w ogólnem gospodarstwie państwowem posiada tak ważną pozycję, że nie można nie liczyć się z jego zdaniem, którego ta książeczka zdaje się być wyrazicielem. Minęły już te czasy — może bezpowrotnie — kiedy leczył lekarz a lekarstwa sporządzał aptekarz, obecnie wcisnął się między te dwa zawody, a nawet można powiedzieć, że zdobył kierownicze stanowisko w lecznictwie — wielki przemysł farmaceutyczny, i także lekarz chcąc nie chcąc został wprzągnięty do maszyny, popędzanej przez kapitał. Jest to naturalna kolej rzeczy. Tak jak rzemiosło średniowieczne straciło na korzyść fabrycznej produkcji, tak też zmniejszyła się ilość recept przepisywanych indywidualnie przez lekarzy na korzyść fabrycznych standaryzowanych preparatów t. j. specyfików. I chociaż bronią się jeszcze niektórzy (nieliczni!) lekarze i aptekarze przed tem masowem wciskaniem choremu gotowych leków, to trzeba zdać sobie sprawę, że minione czasy już nie wrócą (chyba że zniszczymy maszyny). Specyfiki mają już ugruntowaną pozycję, której im nikt nie odbierze. Trzeba tylko, żeby ich ilość i jakość odpowiadała potrzebom. A tej sprawy ważnej ze stanowiska lekarskiego nie rozwiązuje omawiana broszurka, która chce tylko prowadzić propagandę (zresztą jest to całkiem zrozumiałe ze stanowiska przemysłu, który ma na oku tylko cele materjalne).

Te wstępne uwagi chciałem dodać przed omówieniem treści broszurki, ażeby zaznaczyć swoje stanowisko wobec aktualnej sprawy specyfików. We wstępie autor cytuje zdania różnych lekarzy w sprawie potrzeby preparatów farmaceutycznych i stara się przekonać, że konieczna jest współpraca lekarza z przemysłem. Na współpracę dla dobra chorych można się zgodzić, ale nie na pracę lekarza dla dobra przemysłu, jak to między wierszami można wyczytać. Lekarz może z przemysłem współpracować tylko w laboratorjum t. zn. w doświadczeniach na zwierzętach, a pozatem przy próbowaniu skuteczności jakiegoś nowego preparatu na klinice lub w szpitalu, lekarz jest tylko „badaczem" i jego kontakt z przemysłem winien być bardzo luźny, natomiast lekarz-praktyk, który obserwuje działanie jakiegoś preparatu u chorych przez siebie leczonych, nie potrzebuje zupełnie znać firmy, ponieważ nic go firma nie obchodzi, tylko skład preparatu. Dlatego też w zupełności podzielam zdanie Dr. N. N. oraz przeszło 8.000 lekarzy, którzy nie odpowiedzieli na kwestjonarjusz jakiejś znanej firmy, zawierający takie pytania, jak 1) w jakich przypadkach był ten preparat stosowany, 2) czas trwania kuracji i 3) gdzie powinien być na składzie. Dziwi mnie tylko, że na taką ankietę (zawierającą czysto kupiecki punkt 3) odpowiedziało przeszło 250 lekarzy t. j. około 3,2%. Przecież jest to aż nadto widocznem, że firmie nie chodzi o polepszenie jakości preparatu, bo tego ankietą się nie zrobi, ale o najszersze jego rozpowszechnienie, a przecie lekarza nie może firma nawet najbardziej „zasługująca na zaufanie i szacunek" uważać za bezpłatnego propagatora swoich preparatów. Nic też dziwnego, że takie kwestjonarjusze „idą do kosza", nad czem zdaje się autor bardzo boleje.

W następnym rozdziale podane jest, dlaczego musi się propagować preparaty farmaceutyczne. Propaganda według zdania autora, nie ma na celu — w odróżnieniu od zwykłej reklamy — bezpośrednio zwiększyć konsumcję, ale ma nakłonić lekarza „rozmaitemi sposobami" do przeprowadzenia doświadczeń na przyszłym konsumencie. Tak czy owak w ostateczności firma dąży jednak, by spoczątku za pośrednictwem lekarza a później przez wpływ chorego na lekarza jak najwięcej powiększyć zbyt swoich wytworów, co leży w interesie firmy, a nie w interesie chorego. Nikt nie zaprzecza potrzeby informowania lekarzy i aptekarzy o tem, że ukazał się nowy środek o nieznanych dotąd własnościach leczniczych, ale uważam, że nie jest wcale potrzebne ciągłe natrętne przypominanie jakichś znanych specyfików. Przytaczany przykład przemysłu cukrowniczego (tablice: cukier krzepi!) nie może stanowić dowodu, że jak najszersza propaganda jest celowa i skuteczna, bo wątpliwem jest, czy spożycie cukru zwiększyło się naskutek wywieszenia tablic.

W dalszych rozdziałach omówione są metody propagandy, która odbywa się zapomocą: 1) propagatora, 2) ogłoszenia, 3) druków propagandowych i 4) próbek i upominków. Przedstawiciela firmy osobiście namawiającego lekarza nazywa autor propagatorem i żąda od niego, ażeby umiał reprezentować „wiedzę przed ludźmi nauki" i by był przedewszystkiem „naukowcem". Zdaje się jednak, że te szumne wyrażenia mają oznaczać tylko to, że propagator musi być gładki w rozmowie i musi znać frazeologję naukową, bo najczęściej lekarz nie słucha na serjo „naukowych" wywodów propagatora w czasie jego odwiedzin i stara się go jak najprędzej pozbyć. Takie odwiedziny po klinikach, szpitalach, co gorsza po gabinetach prywatnych, powinny wogóle ustać, a propaganda dałaby lepszy skutek i byłaby mniej kosztowna, gdyby firma co pewien czas wysyłała prelegenta, któryby odbył rzeczowy wykład w sposób naukowy informujący o nowych preparatach. Takim prelegentem może być lekarz lub farmaceuta czy chemik pracujący w laboratorjum naukowem firmy. Natomiast nie mógłbym się zgodzić z tem, że dobrym propagatorem-akwizytorem, jak to jest obecnie, może być lekarz. Do tej czynności już na podstawie swych studjów i przygotowania praktycznego bardziej jest uprawniony farmaceuta niż lekarz, który to zajęcie uważać będzie zawsze za tymczasowe. Natomiast lekarz może i winien być wykorzystany przy redagowaniu listów i druków propagandowych. Gdyby taki druk wyszedł spod pióra lekarza, z pewnością byłby częściej czytany niż teraz. Obecnie tylko w rzadkich wypadkach lekarz czyta te druki, ponieważ już po przeglądnięciu kilku wierszy widzi, że pisał to jakiś rutynowany korespondent kupiecki. Druk taki musi być krótki, musi podawać rzeczowe dane. nie powinien zachwalać swego „towaru", dlatego też zwykle takie druki pisane przez urzędników firmy a nawet przez literatów (specjalistów-polonistów!), jakby chciał autor, podobnie jak nieudolne tłumaczenia z obcych języków, idą do kosza nawet nieotwierane. Inaczejby było, gdyby ta literatura propagandowa była dobrze redagowana.

Wreszcie sprawa próbek dla lekarzy. Uważam, że ta kwestja nie powinna wogóle istnieć. Dla przemysłu jest ona istotna, bo przez próbki zdobywa się lekarza, a przez niego rynek zbytu. Dobre preparaty wypróbowane w klinikach i szpitalach są wymieniane w podręcznikach i czasopismach naukowych i o nich lekarz-praktyk dowiaduje się z piśmiennictwa naukowego. Lekarz-praktyk nie potrzebuje więc „próbować" działania nowych środków i robić „doświadczeń", jak to podają firmy farmaceutyczne, ale zadaniem jego jest leczyć powierzonych swej opiece pacjentów, dlatego też powinien on stosować środki już „wypróbowane", a „doświadczenia" z nowemi środkami pozostawić powołanym do tego klinikom i szpitalom. Dlatego też nie uznaję potrzeby przesyłania bezpłatnych próbek lekarskich. Wtedy ustałby też handel temi próbkami, o którym często wspominają organizacje aptekarskie. Sądzę, że lekarze z takiem ujęciem sprawy pogodzą się, nie wiem tylko co na to powie przemysł. Wkońcu godzi się wspomnieć o sprawie upominków dla lekarzy, która jak autor słusznie podnosi powinna być zarzucona przez firmy, ponieważ to już nie jest etycznem i przez to lekarz staje się płatnym propagatorem wytworów firmy.

W ogólności broszurka ta porusza sprawę tak ważną, że warto się z jej treścią zapoznać. *Skowroński* (Lwów).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Choroby wewnętrzne, nerwowe i dziecięce.

Tło powstawania cukrzycy. E. KESTERMANN. Med. Klin. Nr. 8, 1933.

Autor kładzie wybitny nacisk na stronę obciążenia dziedzicznego w znaczeniu niedowartościowości aparatu wysepkowego trzustki, zaś czynnikiem wywołującym cukrzycę bywają często schorzenia dróg żółciowych. Nawet bardzo dawne przebycie duru brzusznego, który jak wiadomo, daje często następowo schorzenia dróg żółciowych, może być owym pierwszym krokiem do zjawienia się cukrzycy. *Godłowski* (Kraków).

Encefalo-myelografja przy pomocy płynu kontrastowego. A. RADOVICI i O. MELLER. Pres. Méd. Nr. 102. 1932.

Autorowie omawiają najpierw wszystkie sposoby otrzymywania zdjęć rentgenowskich mózgu i rdzenia, a więc zwykłe zdjęcia, encefalografja powietrzna, wentrikulografja powietrzna, myelografja przy pomocy lipjodolu, oraz arterjografja i zdjęcia zatok żylnych po wprowadzeniu do tętnicy dogłowowej stężonego jodku sodowego. Wszystkie te metody stanowią znaczny postęp w diagnostyce schorzeń mózgu i rdzenia (głównie nowotworów), nie dają jednak dokładniejszych danych o budowie zwojów mózgowych i zmianach dotyczących opon mózgowych. Dlatego autorowie zastosowali najpierw u zwierząt doświadczalnych, a następnie u ludzi, płyn kontrastowy, który wstrzykiwali do rdzenia lędźwiowego. Do tego celu użyli torotrastu, mającego zastosowanie przy hepato- i lienografji. Środek ten nawet w rozcieńczeniu 20-krotnem z płynem mózgowo-rdzeniowym daje jeszcze dobre obrazy. Wystarczy więc wstrzyknąć 5—10 cm^3 torotrastu, by u człowieka zawierającego około 150 cm^3 płynu mózgowo-rdzeniowego zdjęcie otrzymać zupełnie wyraźne. U zwierząt doświadczalnych po wstrzyknięciu torotrastu obserwowali podwyższenie ciepłoty i objawy podrażnienia opon mózgowych. Próby u ludzi przeprowadzone na zwłokach i u ludzi z porażeniem postępowem wykazały, że metoda ta daje więcej szczegółów w obrazie rentgenowskim niż inne i dlatego może tamte metody rentgenowskie uzupełniać. Wadą jej jest występowanie gorączki i nieznacznego podrażnienia opon mózgowych, ponadto torotrast zostaje wychwytany przez śródbłonek opon mózgowych i daje się wykazać bardzo długo po wprowadzeniu.

Skowroński (Lwów).

O wartości epiduralnej lipjodografji w schorzeniach dolnej części kręgosłupa. JIRASEK. Čas. Lek. Česk. Z. 44. 1932.

Na podstawie wyników, osiągniętych przy niskiej epiduralnej lipjodografji, zwłaszcza w przypadkach rozszczepu najniższych części kręgosłupa, autor dochodzi do następujących wniosków: Anatomiczne i fizykalne stosunki kanału krzyżowego i dolnego lędźwiowego nie dostarczają dobrego środowiska do wykazania walorów tej próby. Brak tu bowiem wszystkich warunków, które czynią próbę intraarachnoidalną tak cenną. Lipjodol zstępujący lepiej nadaje się do tej próby, aniżeli wstępujący oraz niż inne dotychczas używane ciała kontrastowe. Ilość lipjodolu ponad 5 cm^3 jest stosunkowo wielka ze względu na stosunki przestrzenne badanej części. Dotychczasowe wyniki nie dały praktycznie nic pewnego; z tego powodu tłumaczenie wyników dotychczas nie jest ustalone i jednoznaczne.

Ungar (Lwów).

Stwierdzenie mnogich guzów żołądka przy pomocy gastrofotografji. R. TESSER. Med. Klin. Nr. 7, 1933.

U chorej, która przebyła przed kilkoma laty zakażenie gruźlicze, wystąpiły dolegliwości żołądkowo-jelitowe połączone z wymiotami krwawemi, badaniami zaś dodatkowemi stwierdzono bezsok żołądkowy, krew utajoną w stolcu, próba Salomona wypadła dodatnio, a w obrazie gastrofotograficznym stwierdzono mnogie guzy na ścianie żołądka, wielkości winogron. W kilka tygodni później udawało się już przez powłoki wyczuwać guz w podżebrzu lewem, mający cechy guza żołądka. Rozpoznawano nowotwór złośliwy żołądka. Po kilkunastu miesiącach chora zaczęła przybierać na wadze, apetyt znacznie się poprawił, a w 3 lata później wykonana gastrofotografja wykazała tylko nieznaczne zmiany na błonie śluzowej żołądka. Tło owej sprawy przyjmuje autor nie nowotworowe, lecz gruźlicze, jako formę przerostową. *Godlowski* (Kraków).

Próba kurczenia się wątroby po adrenalinie. E. BENHAMOU i R. MARCHIONI. Pres. Méd. Nr. 93. 1932.

Podobnie jak śledziona, taksamo i wątroba kurczy się po wstrzyknięciu adrenaliny i próba ta może mieć znaczenie diagnostyczne w klinice. Wstrzykuje się podskórnie 1 cm³ adrenaliny i robi się zdjęcie rentgenowskie naczczo, jedno przed zastrzykiem, a drugie w pół godziny później. By cień wątroby był więcej wyraźny, wstrzykuje się dożylnie torotrast czyli koloidalną zawiesinę tlenku toru, który osiada w komórkach układu siateczkowo-śródbłonkowego. U człowieka normalnego występuje w 10—20 minut z reguły skurcz wątroby, co można stwierdzić porównując zdjęcia rentgenowskie przed i po zastrzyku adrenaliny. U psa można zresztą także przez badania pletyzmograficzne wykazać, że wątroba pod wpływem adrenaliny ulega znacznemu zmniejszeniu (prawdopodobnie przez skurcz naczyń krwionośnych i wyrzucenie z wątroby zaległej krwi). U zwierząt z wyciętą śledzioną podobnie jak i u człowieka bez śledziony skurcz wątroby po adrenalinie jest znacznie wyraźniejszy.

Próba ta posiada ważne znaczenie diagnostyczne. Mianowicie skurcz wątroby po adrenalinie występuje u chorych z dużą wątrobą na tle zimnicy, na tle wady serca, u gruźliczych i cukrzycowych, którzy nie wykazywali objawów marskości, natomiast próba ta była negatywna z dużą wątrobą u kiłowych. Szczególnie ważną jest ta próba w marskości wątroby, gdzie jest ona stale negatywna nawet w początkowych okresach choroby. W żółtaczce hemolitycznej wątroba kurczy się jak normalnie. Próba adrenalinowa może posiadać też pewną wartość fizjologiczną oraz kliniczną i prognostyczną, ponieważ jej dodatni wynik wskazuje, że wątroba jest jeszcze funkcjonalnie sprawna. *Skowroński* (Lwów).

W sprawie „kalorymetrycznego objawu Hesse" przy guzach pozaotrzewnowych. A. M. ZAJCEWA. Wracz. Dzieło. Nr. 2. 1933 r.

Objaw Hesse polega na zmianie ciepłoty skóry kończyn dolnych pod wpływem podrażnienia lub ucisku na dolny odcinek układu nerwowego współczulnego przez rosnace nowotwory w przestrzeni pozaotrzewnowej. Objaw ten występuje nietylko przy guzach nowotworowych, ale także przy sprawach zapalnych ostrych i przewlekłych. Objaw Hesse daje możność nietylko ścisłego zlokalizowania rosnącego guza w prawej albo lewej połowie przestrzeni pozaotrzewnowej, ale także możność określenia stadjum rozwoju: w początkowym okresie rozwoju guza stwierdza się spadek ciepłoty kończyny dolnej, odpowiadającej lokalizacji guza, na skutek podrażnienia dolnego odcinka układu współczulnego, przez rosnący guz, jednocześnie *hyperhydrosis* i wzmożenie odruchu pilomotorycznego. W dalszej fazie rozwojowej guza następuje podniesienie ciepłoty, które tłumaczy się silniejszym uciskiem na nerw współczulny, co powoduje przerwanie przewodnictwa i wreszcie porażenie nerwu.

Porażeniu nerwu towarzyszy *anhydrosis* i osłabienie wzgl. zanik odruchu pilomotorycznego. *Segal* (Lwów).

Przyczynek do symptomatologii zakażeń pałeczką Banga u ludzi. G. KATSCH i WICHELS (Greifswald). Ztsch. f. Klin. Med. B. 123. Str. 432—436.

Opis 2 przyp. Jeden przebiegał pod postacią suchot krezkowych *(tabes mesaraica)*, (wywiadów nie podano, gdyż chora była Polką a nie znała języka niemieckiego). Sekcyjnie wykazywał powiększenie gruczołów we wnęce płuc i wątroby z centralnym rozpadem, rozpoznanie postawione po sekcji, na podstawie aglutynacji z krwią wziętą ze zwłok (1 : 800), uznaną — po sprawdzeniach — za reakcję specyficzną. Drugi przyp. objawowo odpowiadał wysiękowemu zapaleniu otrzewnej na tle gruźliczem, z aglutynacją 1 : 1.600, skończył się wyleczeniem. Autor wspomina o przypadku Knoplocha (Münch. med. Wch. 1932. Nr. 36), który przebiegał pod postacią zapalenia wyrostka robaczkowego, zapalenia otrzewnej, i sekcyjny przypadek Wohlwilla (Virch. Arch. 286, 141) z zajęciem układu siateczk. śródbl. i z ziarniniakiem zakaźnym. *H. Długosz* (Lwów).

Białkomocz pochodzący z dróg moczowych. A. LEGAHN. Med. Klin. Nr. 9, 1933.

Przyjęcie, jakoby białkomocz bez składników upostaciowanych, j. kom. pęcherzowych i ciałek ropnych, miał pochodzić z nerki, jest niesłusznem. Autor pokazuje chorych z miejscowem zapaleniem pęcherza i kamicą moczowodu, u których wystąpił białkomocz, niewątpliwie pochodzący z owych schorzeń dróg moczowych. *Godlowski* (Kraków).

Spostrzeżenia nad naczyniami włosowatemi w chorobie Basedowa. M. MICHAEL i W. BUSCHKE (Berlin). Ztsch. f. Klin. Med. B. 122, Str. 83—109.

Mierząc przy pomocy mikrometru okularowego szerokość i odległość wzajemną naczyń włosowatych, stwierdzili autorowie w większości przypadków ch. Basedowa wybitne zwężenie części tętniczej naczyń włosowatych, rzadziej zwężenie części żylnej, w pojedyńczych wypadkach wartości nie odbiegały od normy. Między ciężkością objawów klinicznych, skutecznością leczenia a zmianami w naczyniach włosowatych niema równoległości. Z temi wynikami nie stoi w sprzeczności ani zaczerwienienie skóry w ch. Basedowa, gdy ono spowodowane jest wzmożoną szybkością przepływu krwi i rozszerzeniem żyłek (wenoli), ani wzmożona temperatura skóry, gdyż ta wywołana jest zwiększoną szybkością przepływu krwi i rozszerzeniem tętniczek. *H. Długosz* (Lwów).

Zapalenie brodawkowato-wrzodziejące błony wewnętrznej tętnicy płucnej z przebiciem do aorty. V. JEDLIČKA i REHOR. Časop. Lek. Česk. Z. 51. 1932.

Autorzy opisują przypadek nabytego połączenia tętnicy głównej z prawą tętnicą płucną. Klinicznie schorzenie przedstawiało się, jako zwężenie tętnicy płucnej z typowym wynikiem palpacyjnym i przysłuchowym (maksymum wiru skurczowego w II międzyżebrzu lewem; wir macalny był na lewo od mostka pomiędzy II a V żebrem; szmer skurczowy wykazywał maksymum w II lewym przestworzu międzyżebrowem, był tak głośny, że słyszalny był uchem z odległości aż 15 cm od klatki piersiowej). Ponieważ tętno było drobne, ciśnienie tętnicze wysokie, znaczna różnica pomiędzy najwyższą wartością skurczu a najniższą rozkurczu a wynik badania rentgenologicznego nie wykazał typowego *„coeur en sabot"* — zdawało się być jasnem, że obraz zwężenia tętnicy płucnej nie jest zupełnie czysty, że jest modyfikowany. Wartości ciśnienia tętniczego przemawiały przeciw połączeniu z uszkodzeniem przegrody lub z pozostałym przewodem Botalla.

Chora, licząca lat 36, pozostawała przez 4 lata w leczeniu szpitalnem a później ambulatoryjnem. Pomimo tak wyraźnych objawów fizykalnych chora długo nie odczuwała objawów niedomogi narządu krążenia. Po raz pierwszy przybyła chora do szpitala spowodu znacznego krwioplucia, a dopiero 2 miesiące przed śmiercią wykazywała stany podgorączkowe przez 3 tygodnie, nieznaczny białkomocz, ciałka czerwone w osadzie moczu, wybroczyny na kończynach dolnych a bezpośrednio przed śmiercią objawy niedomogi serca. Próby hodowlane ze surowicą krwi, przeprowadzone w zakładzie prof. Honla, wypadły ujemnie. Na sercu nigdy nie był słyszalny szmer rozkurczowy aorty, aczkolwiek starannie szukano za nim, ponieważ związek zwężenia tętnicy płucnej z wadą zastawkową aorty zdawało się autorom najlepiej tłumaczyć modyfikowany obraz zwężenia tętnicy płucnej. W ten sposób przed sekcją autorzy stwierdzili tylko cząstkę zmian anatomicznych, a to tylko w tętnicy płucnej i to niezupełnie.

Anatomicznie stwierdzono ostro odgraniczony defekt w ścianie prawej tętnicy płucnej i w ścianie aorty, przy pomocy którego łączyły się światła obu tych naczyń. W tętnicy płucnej prawej około ubytku widoczny był wielki zakrzep zupełnie zorganizowany, który wypełniał całe światło tętnicy i wystawał do pnia tętnicy płucnej. Zakrzep ten częściowo był przytwierdzony do ściany, częściowo pozostały szczelinowate połączenia pomiędzy trzonem tętnicy płucnej a obwodową częścią prawej tętnicy płucnej. W środku tej masy zakrzepowej znaleziono wielką jamę, która szeroko komunikowała wyżej wspomnianem przebiciem w ścianie tętnicy płucnej ze światłem aorty. W miejscu, w którem znajduje się ujście patologicznej komunikacji do aorty, była ściana aorty wydęta. Zastawki aorty wykazywały wyleczone polipowate zapalenie osierdzia; pozostałe zastawki były nieuszko-

dzone. Obok tego była ekscentryczna hipertrofja całego serca i *pericarditis fibrosa partim adhaesiva.*

Autorzy tłumaczą powstanie schorzenia tem, że rozwinęła się pierwotnie *endarteriitis verrucoso-ulcerosa* na ścianie tętnicy płucnej prawej, która wiodła do uszkodzenia ściany tętnicy płucnej; sprawa *per continuitatem* przeszła na ścianę aorty, zniszczyła i tę, dzięki czemu powstało przebicie i połączenie pomiędzy obydwoma naczyniami. W otoczeniu doszło zwłaszcza w tętnicy płucnej do tworzenia rozległych mas brodawkowo-polipowatych. Przypadek ten jest ciekawy z tego powodu, że doszło do sprawy gojącej, do zatrzymania sprawy destrukcyjnej, do organizacji zakrzepu i do spraw marskich. Chora ze schorzeniem tem żyła szereg lat. *Ungar* (Lwów).

Zator tętnicy wieńcowej z następową śpiączką cukrzycową. P. ORENSTEIN. Med. Klin. Nr. 13, 1933.

Po typowych objawach ostrego zamknięcia tętnicy wieńcowej serca, w 2 dni wystąpiły objawy cukrzycy prowadzącej aż do śpiączki; jednak przy stosunkowo niezbyt intensywnem leczeniu insulinowo-dietetycznem objawy łatwo się cofnęły. Jako przyczynę cukrzycy przyjmuje autor równoczesne zamknięcie jednego z pni tętnicy trzustkowej. *Godlowski* (Kraków).

Niebezpieczeństwo zgorzeli w chromaniu przestankowem. H. SCHLESINGER. Med. Klin. Nr. 8. 1933.

Chromanie przestankowe anatomicznie przedstawia się jako *thrombo-angitis obliterans.* Schorzenie to przeważnie występuje u mężczyzn, jakkolwiek spotyka się je też u kobiet. Najczęstszem tłem jest miażdżyca tętnic; nikotyna i zmiany cieplne odgrywają w etjologji mniejsze znaczenie. Niebezpieczeństwo zgorzeli kończyn w chrom. przestankowem jest wielkie, a wystąpić może w każdym wieku. Najczęściej zgorzel występuje u chorych w pierwszych 2 latach choroby. W 8% statystyki autora, mimo bardzo długiego trwania cierpienia, zgorzel nie wystąpiła. Zgorzel może obejmować tylko pewne części kończyn i w tych postaciach najczęściej goi się; bywają nawroty po wyleczeniu się zgorzeli; w zestawieniu autora nawroty nie wystąpiły w 30%. Ponieważ zgorzele te mogą goić się pod wpływem środków zachowawczych, dlatego autor poleca najpierw leczenie zachowawcze, a tylko przy nieleczeniu się tym sposobem, siegnąć po zabieg chirurgiczny. *Godlowski* (Kraków).

Chirurgja, położnictwo, ginekologja i stomatologja.

Marskość sromu. M. A. GOLDBERGER (New Jork, N. Y.). Amer. Journ. of. Obst. a. Gyn. XXV. 1. 1933.

Autor omawia 13 przyp. marskości sromu *(kraurosis vulvae).* Podawszy obraz kliniczny i drobnowidowy, autor omawia rozpoznanie różniczkowe tego cierpienia od chorób pasorzytniczych sromu, cukrzycy, psychoneurozy i chorób skórnych. Charakterystycznemi objawami zdaniem autora sa świąd i ból podczas spółkowania, a także trudne moczenie i częste oddawanie moczu.

Co do leczenia to 5 przyp. było leczonych energją promieniotwórczą, a 8 przyp. było operowanych. Chore naświetlane były przeważnie po 40 r. ż., jedna z nich tylko była przed menopauzą. Niektóre chore otrzymywały równocześnie hormon jajnikowy, jedną poprzednio naświetlano bezskutecznie lampą Kromayerowską. Operacja polegała na całkowitem wycięciu sromu. Pomiędzy operowanemi było kilka w wieku około 30 lat. U dwu stwierdzono w wyciętym preparacie raka sromu. Autor uważa operację jako środek leczniczy dla marskości sromu, a zapobiegawczy dla raka sromu. *Wiślański* (Lwów).

Przyczynek do badań nad krążeniem w łożysku normalnem i chorobowo zmienionem (metoda radjograficzna). R. KELLER i F. FOURNIER. Gyn. Obst. T. 25. Nr. 5.

Autorowie zbadali 150 łożysk normalnych i patologicznych w różnych miesiącach ciąży, nastrzykując je masą kontrastową. Badania te doprowadziły do następujących wniosków: Łożysko normalne charakteryzuje się regularnością i porządkiem w rozprzestrzenianiu się i w dzieleniu się naczyń na mniejsze, charakterystyczną cechą jest bogactwo naczyń włoskowatych i skupianie się tychże w pęki. Obraz ten jest widoczny we wszystkich łożyskach normalnych bez względu na miesiąc ciąży. Występujące niekiedy zmiany w łożysku kobiet zdrowych odpowiadają pewnej liczbie zarośniętych naczyń (co w końcowych miesiącach ciąży jest normalne), a charakteryzują się wystąpieniem ograniczonych przestrzeni szarawo zabarwionych.

Przy zmianach w organiźmie matki, a to przy chorobowej albuminurji, ulegają zmianom naczynia powierzchowne, tak po stronie macicy jak i po stronie dziecka, nigdy zaś nie zajmuje naczyń drążących wgłąb. Wskutek trombotycznego zaczopowania naczyń następuje zastój w żyłach łożyska, które następowo zwiększa się w górze przeszkody i dochodzi drogą wsteczną do systemu tętniczego, powodując kompensacyjne rozszerzenie tętnic. Ten zastój i rozszerzenie tętnic jest charakterystyczne przy albuminurji. Nasilenie i rozszerzenie zmian jest różne, zależnie od nasilenia zmian chorobowych i może prowadzić w następstwie do obumarcia płodu.

W eklampsji natomiast trombozy, powstając nagle, zaczopowują naczynia dość ważne, zajmują w podobny sposób prawie jednym zamachem bardzo liczne odgałęzienia trzonu tętniczego. Stwierdzono, że zmiany te dotyczą przedewszystkiem naczyń włoskowatych, które prawie wszystkie są zaczopowane. Tętnice drążące wgłąb i podamnjotyczne są nietknięte i wyglądają jak w łożysku normalnem. Kiła: zajmuje przedewszystkiem tętnice tak naczynia włoskowate jak i podamnjotyczne. Zapalenie błony wewnętrznej tętnic zajmuje progresywnie światło naczyń i prowadzi do ich zupełnego zamknięcia. Cały proces charakteryzuje się: stłumieniem rozgałęzień końcowych, zmniejszeniem średnicy wszystkich naczyń tętniczych, ubogością naczyń obocznych i odgałęzień wtórnych. Schorzenie może zająć cały trzon naczyniowy, ale często schorzenie to jest rozsiane o różnem natężeniu i w różnych miejscach łożyska, w jednych miejscach zmian brak, w innych natomiast spotykamy na całej przestrzeni opisane zmiany. *Świstun* (Lwów).

Skurcze porodowe macicy małpiej. A. C. Ivy (Chicago Ill.), C. G. HOFFMANN, A. KOFF (Baltimore, Md.). Amer. J. of Obst. a. Gyn. XXII. nr. 3.

Doświadczenia swe przeprowadzili autorzy w ten sposób, że wybraną małpę usypiano eterem, poczem przeciawszy powłoki brzuszne rozwierano je, aby macica cała była widoczna. Po dłuższej obserwacji macicy rozpoczynano drażnienie jej mechaniczne, chemiczne lub za pośrednictwem nerwów, równocześnie wykonywując szereg zdjęć. Jako bodźców używano pitocyny, epinefryny i ergotaminy. Następnie zakładano do macicy podwójny balon gumowy, którego część pojemniejsza przenosiła skurcze ciała macicy, zaś mniejsza część skurcze szyi na poczerniony papier umieszczony na obracającym się walcu. Z opisu tych doświadczeń, rycin, jakoteż krzywych wynika, że naogół skurcze macicy małpiej pod względem charakteru swego podobne są do skurczów macicy kobiecej.

Poczynając się od stale w spoczynku pozostającego miejsca fale skurczowe biegną wentralnie i kranjalnie do nasady trąbek, kaudalnie zaś do dolnego odcinka i szyi macicy. Miejsce usadowienia się łożyska kurczy się słabiej aniżeli reszta ciała macicy. Mięśnie szyi koncentrują się głównie w silnym zwieraczu w „*os internum*", wyczuć je można palcem w czasie badania. Jest to bardzo ważny mięsień, przynajmniej u małp. Po porodzie ulega on silnemu skurczowi. Co się tyczy zaś ciała macicy, to najsilniejszym skurczem (po porodzie) ulega miejsce po wydalonem łożysku. Zmniejsza to w znacznym stopniu niebezpieczeństwo krwotoku.

Zarówno ciężarna jak i rodząca macica jest stosunkowo mało podatna na bodźce otrzymywane drogą nerwową. Drażnienie brodawek piersiowych zwiększa nieco siłę skurczów. Pituitryna w odpowiednich dawkach wywołuje spastyczne skurcze całej macicy, później występują intermitujące skurcze bez fazy rozkurczowej. Natomiast adrenalina powoduje pierwotny skurcz, po którym występuje chwilowy spokój. Znosi ona też skurcze wywołane przez pituitrynę lub ergostaminę. *Wiślański* (Lwów).

Przypadek błonicy w połogu. J. HERSCH. (Pittsburgh, Pa). Amer. Journ. of Obst. a. Gyn. XXV. 1. 1933.

Opis przypadku dotyczący 42 letniej wieloródki, u której w drugim dniu po porodzie wystąpiły objawy błonicy. Natychmiast wstrzyknięto śródmięśniowo 95 tysięcy jednostek antytoksyny błonicowej, dożylnie zaś 500 cm³ 10%-ej glukozy. Zapobiegawczo wstrzyknięto też dziecku 1500 jednostek antytoksyny. Gdy stan chorej pogarszał się, wykonano w nocy intubację. Na drugi dzień otrzymała chora dożylnie 840 cm³ 10% glukozy dożylnie, prócz tego inne środki nasercowe. Stan jednak pogarszał się stale i wieczorem drugiego dnia chora zmarła. *Wiślański* (Lwów).

Gruźlica nerek i zatrucie ciążowe przebiegające z wysokiem ciśnieniem. FAVREAU (Lille). Rev. Fran. de Gyn. et d'Obst. Nr. 2, 1933.

Autor omawia przypadek zatrucia ciążowego u ciężarnej w X m. ciaży, dotkniętej gruzlicą nerki. Do stałych objawów zatruć ciążowych należą: wysokie ciśnienie, białkomocz, drgawki, tarcza zastoinowa, krwiak pozałożyskowy. Obrzęki uważa za objaw korzystny dla ciężarnej, gdyż toksyny są rozpuszczone

w większej ilości płynu. Co się tyczy gruźlicy nerek i ciąży — autor uważa, że w każdym przypadku, gdzie sprawa jest jednostronna, należy natychmiast usunąć chorą nerkę. Gruźlica jednej nerki nie daje wskazania do przerwania ciąży, jednak chora musi być pod stałą kontrolą lekarską. Chore, które przebyły nefrektomję, mogą karmić dziecko, o ile wystąpią jakiekolwiekbądź objawy ze strony zdrowej nerki, dziecko należy natychmiast odłączyć od piersi. *H. Newlińska* (Lwów).

Kilka uwag w sprawie ciąży bliźniaczej dwujajowej. Vopiscus; Free-Martinizm. FAVREAU i BEUROIS. Rev. Fran. de Gyn. et d'Obst. Nr. 2. 1933.

Ciąża bliźniacza dwujajowa rozwija się przez zapłodnienie 2 jajeczek. Waga płodów różni się zazwyczaj o jakie 250 g. Gdy jedno z zapłodnionych jajeczek zagnieździ się w warunkach gorszych (np. w dolnym odcinku macicy) i nie może wytworzyć odpowiedniego łożyska — odżywienie płodu i rozwój jest upośledzony, dziecko takie jest małe, wątłe, czasem nawet rodzi się nieżywe. O ile śmierć jednego z płodów nastąpiła we wczesnych okresach ciąży, przedstawia się on wtedy jako płód zeschły *(foetus papyraceus)*, podczas gdy drugi płód rozwija się zupełnie prawidłowo. W niektórych przypadkach pomiędzy wydaleniem jednego płodu a drugiego może upłynąć dość dużo czasu. Znane są przypadki, że jeden płód urodził się w V m. ciąży, drugi zaś na czasie — bliźniak taki u Rzymian nosił nazwę *„vopiscus"*. Łożyska mogą być oddzielne lub złączone ze sobą cienką błoną doczesnej. Połączeń naczyniowych zazwyczaj niema. U bydła przy płodach bliźniaczych istnieją często takie połączenia — następstwem tego jest, o ile płeć bliźniąt jest różna, że płód żeński przybiera cechy męskie, tak zwany *free-martinizm*, jest to jakgdyby rzekome obojnactwo u zwierząt. Jałówka taka jest budową zbliżona do wołu, jest bezpłodna. Zjawisko to tłumaczą w ten sposób, że hormony osobnika męskiego, zawarte we krwi działają na jajniki osobnika żeńskiego, wywołując zanik gruczołów rodnych, bezpłodność i wtórne cechy męskie. Teorję tę starano się zastosować również do ludzi, jednak statystyka tego nie potwierdziła. *H. Newlińska* (Lwów).

Samoistne pęknięcie macicy w czasie porodu jako następstwo przebytego przed 4 laty klinowego wycięcia części dna macicy. S. S. ROSENFELD. (New Jork, N. Y.). Amer. J. of Obst. a. Gyn. XVII. nr. 3.

Przypadek skończył się śmiercią, pomimo operacji.

Przemieszczenie moczowodu do colon sigmoideum u chorej, mającej drugą nerkę nieczynną. J. M. PIERCE. (Ann. Arbor, Mich). Amer. J. of Obst. a. Gyn. XXII. nr. 3.

Sanatio per primam intentionem.

Zaparcie jelitowe u noworodków na tle zatkania śluzem. F. H. FALLS, R. H. JAFFE (Chicago Ill). Amer. J. of Obst. a. Gyn. XXII. nr. 3.

Autorzy opisują cztery przypadki zaparcia jelitowego u noworodków spowodowane nagromadzeniem się śluzu. W jednym przypadku wystąpiło nawet przebicie jelita i dziecko zmarło pomimo operacji i zeszycia pęknięcia. Autorzy sądzą, że operacja wcześniejsza mogła była dziecko uratować. Winną była pielęgniarka, która przeoczyła ważny fakt braku stolca u dziecka. Postępowanie winno kierować się ciężkością przypadku. O ile nagromadzenie się śluzu wystąpi w dolnym odcinku jelit i jest dostępne od strony otworu stolcowego można je często usunąć jakiemkolwiek gładkiem narzędziem. Jeśli jednak zdarzy się to w wyższych odcinkach jelita, wówczas leczenie może być tylko operacyjne.

Klinika endometriosis. SEITZ. Frankfurt n/M. Zbl. f. Gyn. z. 47, 1932.

Materjał autora, to 65 przypadków z ostatnich 2 lat. Przy *endometriosis interna* radzi autor wykonać skrobankę, która działa zresztą tylko chwilowo. Również naświetlania Roentgenem nie są pewne. Natomiast operacja radykalna daje rezultaty dobre. Konieczne jest również operowanie *endometriosis retrocervicalis,* jednak technika operacyjna jest ciężka.
T. Paruch (Lwów).

Doświadczenia kliniczne nad znieczulaniem w czasie porodu zapomocą pernoktonu. KELLER i BOHLER. Gyn. Obst. T. 25, Nr. 5.

Na zasadzie 150 przypadków autorowie dochodzą do następujących wniosków co do wartości pernoktonu jako środka znieczulającego bóle porodowe. Najważniejszem zastrzeżeniem technicznem jest powolność wlewania dożylnego (0.3 cm³ na 20 sekund, czyli 1 cm³ na minutę 10% roztworu pernoktonu — cała dawka wynosi 1 cm³ na 12 kg wagi rodzącej), przy zachowaniu tego warunku pernocton traci swoje właściwości trujące, jakie uwidaczniają się przy szybkim kontakcie leku z układem nerwowym. Sen pernoktonowy trwa krótko około dwu — trzech godzin. Zaznaczyć należy, że omawiany lek nie powoduje przedłużania się rozwierania ujścia zewnętrznego. Autorowie wybierali coprawda najlepsze przypadki zwłaszcza wśród pierwiastek, ale też udało im się uzyskać dobry wynik, nawet jeśli zaczynali znieczulenie już przy rozwarciu wielkości 5-ciu złotówki do małej dłoni. Ogólnie biorąc, lek ten działa znieczulająco najlepiej ze wszystkich dotychczas stosowanych. Pernokton nie usposabia do niedowładu macicy po porodzie. Ma on jednak swoje wady, a wiec przedewszystkiem pernocton wywołuje w 20% przypadków silne podniecenie ruchowe, wymagające starannej opieki ze strony personelu pomocniczego. Okres drugi wymaga również wytężonej opieki personelu, gdyż śpiąca pacjentka ciągle zmienia pozycję lub nie chce leżeć w odpowiedniem położeniu. Trzecią wadą jest krótkotrwałość. Niewątpliwą jest rzeczą, że pernocton działa na płód, jakkolwiek w materjale autora ani jeden nie zginął. Co do efektu znieczulania, w 85% okazał się znakomitym, w 10% dobry, a w 5% brak efektu.
Świstun (Lwów).

Próby stosowania grawidyny (prolan II) w rozmaitych okresach ciąży prawidłowej i nieprawidłowej. WEYMEERSCH, BOURG i ROCKMANS. Rev. Fr. de Gyn. et d'Obst. 1933 Nr. 3.

Autorzy starali się wykazać, czy istnieje związek pomiędzy nadmierną ilością hormonu w moczu a pewnemi stanami nieprawidłowemi w ciąży (wymioty niepowciągliwe, zaśniad groniasty). W tym celu wstrzykiwali mocz kobiet ciężarnych niedojrzałym królicom wagi 1.400 — 1.600 g i najmniejszą ilość prolanu, która po 48 godz. dawała zmiany w jajnikach, nazwali jednostką króliczą (podług Brindeau i Hinglais 20 jedn. mys.) Wyniki tych badań były następujące: W prawidłowej ciąży ilość hormonu w moczu podlega znacznie większym wahaniom niż to podali Aschheim i Zondek. Wahania te sięgają od 100 — 4.000 jedn. król. Podczas wymiotów niepowściągliwych ilość wybitnie się zwiększa, dochodząc nawet od 8.000—25.000 j. k. (Prawdopodobnie ma tu pewne znaczenie zagęszczenie moczu wskutek większej utraty płynów). W 2 przypadkach zaśniadu groniastego, z których jeden po wyskrobaniu macicy zupełnie został wyleczony, drugi po pewnym czasie po pozornem wyleczeniu przeszedł w nabłoniaka kosmkowego — autorzy wykazali w moczu następujące zmiany: ilość hormonu podczas zaśniadu niewiele rożniła się od ilości tegoż w zwykłej ciąży; w płynie pęcherzyków można było wykazać prolan II w mniejszej ilości aniżeli w moczu, folikuliny natomiast wcale nie było. Gdy sprawa zaczęła przechodzić w nabłoniak kosmkowy — ilość hormonu w moczu zaczęła się zmniejszać. Wobec tego, na podstawie biologicznego badania moczu rozpoznanie zaśniadu jest niemożliwe — nabiera ono dopiero znaczenia, gdy sprawa przechodzi w złośliwą. Autorzy radzą na przyszłość używać, w myśl Clauberga, królic wagi 600—800 g, gdyż w przypadkach nabłoniaka kosmkowego wstrzyknięcie 2 cm³ moczu wywołuje już dodatnią reakcję po 48 godzinach.
H. Newlińska (Lwów).

Leczenie patologicznych krwawień macicznych spowodowanych przetrwałością pęcherzyków w jajniku, zapomocą jednorazowej transfuzji krwi ciężarnych. CLAUBERG — Królewiec. Zbl. f. Gyn. Nr. 1, 1933.

Przypadki leczone dotyczyły kobiet z nieregularnemi krwawieniami, na tle przerostu błony śluzowej macicy, który to przerost spowodowany był przetrwałością pęcherzyków w jajniku. Autor w tych przypadkach robił transfuzję krwi ciężarnych 200 — 400 cm³ naraz ie ze skutkiem doskonałym.

Autor sądzi, że hormon przedniego płata przysadki działa tu na pęcherzyki wprost, wywołując luteinizację, co ma wpływ pośredni na błonę śluzową macicy. Krwawienia w tych przypadkach ustępowały momentalnie. *T. Paruch.* (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

XIV. Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich w Poznaniu od 12—15 września 1933.

Zjazd zgromadził ponad 2.000 uczestników z całej Polski. Brali w nim również czynny udział członkowie Zjazdu Lekarzy Słowiańskich, który został otwarty dzień wcześniej, witani serdecznie w poszczególnych sekcjach naukowych, gdzie zasiedli do pracy obok kolegów polskich.

Miły, koleżeński nastrój panował w gwarnych salach Bazaru, gdzie w przeddzień Zjazdu zebrali się gospodarze poznańscy i przybyli koledzy.

12 września przeznaczony był na uroczystości otwarcia Zjazdu i Wystawy. Poznań witał gościnnie przybyszy strojąc się w setki chorągwi. Po nabożeństwie w Farze dokonał *otwarcia Zjazdu* P. Prezydent Rzeczypospolitej w Auli U. P. Po oficjalnych przemówieniach i powitaniach odbyło się pierwsze plenarne posiedzenie naukowe z wykładem prof. S z a f e r a p. t.: Ochrona przyrody a postulaty higjeny społecznej. W następnych dniach mówili gen. R o u p p e r t (Nauka polska a zagadnienie obrony kraju), prof. H i r s z f e l d (zagadnienie współżycia drobnoustrojów i człowieka), prof. B i a ł o b r z e s k i (Idee podstawowe nowej fizyki), prof. W e y b e r g (Stan obecny nauk mineralogicznych), prof. G r ö e r (Psychologja wychowania).

W południe otworzył p. Prezydent Rzeczypospolitej *Wystawę „Przyroda, Zdrowie i Opieka Społeczna"* na terenach Targów Poznańskich. Osobny dział zajmuje Czechosłowacja, przedstawiając w obrazach, fotografjach i wykresach rozwój swych zdrojowisk (zwraca uwagę Joachimów z zestawieniem przeróbki rudy uranowej i produktów ubocznych), zrzeszeń lekarskich (m. i. stoisko Domu Lekarskiego w Pradze z serdecznem zaproszeniem gości), prasy i wydawnictw lekarskich, wychowania fizycznego i opieki społecznej; w dziale przemysłowym bogate stoisko czeskiej wytwórni aparatów rentgenowskich i elektromedycznych.

Nasze stoiska są tak liczne, że tylko najbardziej pomysłowe i wartościowe można wymienić. Służba zdrowia i weterynaryjna w wojsku wystawia m. i. zbiory historycznych rycin i narzędzi chirurgicznych, lotnictwo samolot sanitarny nagrodzony w Madrycie. L. O. P. P. budowę maski gazowej i ruchomą wystawę w wagonie kolejowym. Opieka społeczna szczegóły budowy protez łącznie z nowemi modelami angielskiemi z duraluminium; plany i fotografje nowych szpitali i zakładów leczniczych i opiekuńczych; osobno mieści się ruchoma wystawa przeciwalkoholowa i walki z chorobami wenerycznemi z doskonałemi mulażami; miasto Poznań pokazuje swoje urządzenia sanitarne. Wśród zakładów uniwersyteckich zwracają uwagę: stoisko Zakładu Anatomji Opisowej U. P. z wieloma eksponatami o wysokiej wartości dydaktycznej; zwłaszcza gabinet anatomji rentgenowskiej, gdzie widz ogląda np. preparaty stawów w rozmaitych ułożeniach i równocześnie odpowiednie rentgenogramy; dla studenta studjującego już anatomję opisową przy pomocy rentgenogramów przestaną być one zestawieniem cieni często dowolnie interpretowanych. U. J. K. we Lwowie tudzież Państw. Zakł. Hig. obrazuje twardziel w preparatach Zakł. Anat. Patolog. i Klin. prof. Zalewskiego, rysunkach z natury, fotografjach i wykresach. Zakłady kliniczne wypadły gorzej, a prywatne eksponaty np. z zakresu plastyki sutków nawet rażą. Ze stoisk przyrodniczych wybijają się: zobrazowanie walki ze szkodnikami leśnemi, ochrona przyrody, zbiory motyli. Zdrojowiska nasze wystąpiły dość skromnie. Prasa lekarska posiada pomysłowo ułożoną statystykę z barwnych kart tytułowych czasopism zajmującą całą ścianę salki. Przemysł lekarski posiada wiele stoisk, ale niejedno zajmują obce wytwory reklamujące się przez swych zastępców; z praktycznemi aparatami do leczenia złamań według wzorów Böhlera i Sokołowskiego wystąpiła wytwórnia A. Manna z Warszawy. Znacznie bogaciej przedstawia się nasz przemysł farmaceutyczny; nowością jest doskonała krajowa wata lniana.

Dalszy punkt programu uroczystości zjazdowych stanowił pokaz wychowania fizycznego, który na zaproszenie Prezydenta m. Poznania zgromadził uczestników Zjazdu na olbrzymim stadjonie. Obfity program pierwszego dnia zakończył raut na Zamku, wydany z okazji Zjazdów przez P. Prezydenta Rzeczypospolitej.

Uroczystości zjazdowe zakłóciła śmierć nieodżałowanej pamięci prof. K a r w o w s k i e g o. Żałobna wieść obiegła w drugim dniu Zjazdu liczne audytorja pogrążając w smutku tysiące zebranych w Poznaniu kolegów Zmarłego. Rzesze ich odprowadziły Go na wieczny spoczynek w ostatnim dniu Zjazdu.

Obrady w sekcjach rozpoczęły się we wtorek 12. IX. popołudniu i trwały do czwartku wieczorem, a nawet w niektórych do piątku przedpołudniem. W krótkiem sprawozdaniu niesposób podać choćby ciekawsze szczegóły ze wszystkich 35 sekcyj. Ograniczymy się do kilku tylko skrótów. *K. Czyżewski.*

Sekcja medycyny wewnętrznej obradowała jako X. Zjazd Internistów Polskich, do którego przyłączono farmakologję i patologję ogólną jako podsekcje. Od przeszło roku trwały prace przygotowawcze Komitetu Miejscowego z przewodniczącym prof. J e z i e r s k i m. Z tematów ogólnych, (około 350) nadesłanych na Zjazd wyłączono dużą ilość (około 100) prac nieodpowiednich oraz te, do których nie nadesłano streszczeń. Ze względu na ogromny materjał obrady toczyły się poza głównemi również w podsekcjach: gruźlicy, chorób przewodu pokarmowego, przemiany materji oraz w siedmiu salach. Tematy czołowe: 1) niedokrwistość złośliwą opracowali prof. T e m p k a jej patogenezę, prof. R e n c k i klinikę, 2) dławicę bolesną prof. F r a n k e, jej patogenezę, prof. S e m e r a u-S i e m i a n o w s k i klinikę, oraz prof. R a d l i ń s k i leczenie chirurgiczne. Ogółem wygłoszono referatów 223, w tem 16 w języku czeskim i 3 w języku rosyjskim. Naogół Zjazd z nadspodziewanie wielką ilością uczestników osiągnął swój cel, tak na polu zdobyczy naukowych jak i planowanego zbliżenia się Słowian, dając sposobność do umocnienia wzajemnej sympatji i wymiany poglądów naukowych z naszymi pobratymcami, czego dowodzi wyrażona chęć przybycia na przyszły Zjazd Internistów Polskich, który z inicjatywy prof. R e n c k i e g o odbędzie się za dwa lata w Łucku.

W. Spychała.

Sekcja neurologiczna i psychjatryczna obradowały częściowo razem częściowo oddzielnie (psychjatryczna w Kościanie) lub łącznie z sekcją medycyny sądowej. Sekcja gościła uczonych z Pragi, Brna, Bratislawy i Moskwy. Głównemi tematami obrad z zakresu neurologji były: Zaburzenia psychiczne i cielesne przy schorzeniach ośrodków podkorowych; Ostre zapalne sprawy pierwotne układu nerwowego ośrodkowego nieustalonego pochodzenia i Chronaksja. W związku z pierwszym tematem omówił prof. R o s e (Wilno) anatomję, prof. C z u b a l s k i (Warszawa) fizjologję ośrodków podkorowych. Prof. H a š k o v e c (Praga) wygłosił odczyt p. t.: *„Psychismus subcorticalis"*. Szczególne zainteresowanie wzbudziły referaty z pokazami filmowemi prof. R o t h f e l d a (Lwów), dra D o s u ž k o v a (Praha) i pokaz korzystnego leczenia atropiną przypadków pośpiączkowych w Klinice U. J. K. Odnośnie do drugiego tematu głównego wygłoszono szereg referatów, które przedstawiając dane cyfrowe z różnych ośrodków Polski rzuciły światło na jakość i częstość występowania schorzeń zapalnych układu nerwowego w poszczególnych częściach kraju. Łącznie z trzecim tematem wygłosiła doc. H u r y n o w i c z ó w n a odczyt o chronaksji układu wegetatywnego, prof. M a z u r k i e w i c z (Warszawa) o chronaksji subordynacyjnej jako wyrazie pamięci fizjologicznej. Trwałym i bardzo wartościowym dorobkiem Sekcji jest stworzenie *Słowiańskiego Towarzystwa Nenurologiczno-Psychjatrycznego;* założone zostało również *Polskie Towarzystwo Neurologiczne.*

St. Falkiewiczowa.

Sekcja chirurgji i ortopedji obradowała jako X. Zjazd Tow. Chirurgów Polsk. I Temat programowy: leczenie nowotworów złośliwych omówił prof. J u r a s z (Poznań) na podstawie wyników swej kliniki. Od 2 i pół lat wprowadził leczenie radem zwłaszcza guzów twarzy, jamy ustnej i sutka; wyniki dotychczasowe są zachęcające i niegorsze od operacyjnych; szczegóły techniczne i demonstracje chorych były przedmiotem dalszych wykładów z kliniki U. P., która leczeniu nowotworów złośliwych poświęca wytężoną pracę. Klinika U. P. organizuje walkę z rakiem w oparciu o szerokie warstwy społeczne. Obecnie wykańcza się nowe skrzydło budynku klinicznego, gdzie Ośrodek Walki z Rakiem znajdzie wygodne pomieszczenie. Studja biologiczne nad nowotworami rozpoczęła świeżo utworzona pracownia dla hodowli tkanek. Koreferent prof. M e y e r (Poznań) przedstawił własną metodę naświetlania Roentgenem głęboko usadowionych nowotworów: chory leży pod lampą w wolno obracającym się walcu z prętów drewnianych tak, że guz poddany jest stale koncentrycznemu naświetlaniu, na skórę zaś działają promienie w poszczególnych odcinkach krótko i z ciągłemi przerwami. Nowotwory skupiły ponadto liczne referaty głównie statystyczne z innych klinik chirurgicznych. II Temat programowy: przerost guzołu krokowego omówili doc. S z e r s z y ń s k i (Warszawa), i doc. L a s k o w n i c k i (Lwów). Wśród luźnych tematów weszły na porządek dzienny wykłady gości z Czechosłowacji, Jugosławji i Sowietów, ostatni omawiał wprowadzoną w Moskwie metodę przelewania krwi ze zwłok. Ogólne zajęcie wzbudził pokaz dra S a b a t a (Warszawa) przyrządu do zdjęć rentgenowskich kości krzyżowej i ogonowej od strony prostnicy. W czasie wolnym od obrad demonstrował prof. J u r a s z szereg zabiegów w sali operacyjnej m. i. uśpienie dożylne zapomocą „eripanu".

K. Czyżewski.

Sekcja okulistyczna obradowała zarazem jako V. Zjazd Towarzystwa Okulistów Polskich. Udział w nim wzięło około 50 okulistów ze wszystkich stron Polski, ponadto witaliśmy jako gości, po raz pierwszy biorących udział w naszych zjazdach, trzech okulistów czesko-słowackich i przedstawicielkę Jugosławji. Tematami programowemi były: gruźlica oka i operacyjne lecze-

nie odklejenia siatkówki. Pierwszy temat opracował prof. Szymański; drugi dr. Zamenhof podając własne doświadczenia, w których przychylał się do operacji oderwania siatkówki zapomocą diatermji; koreferentem na drugi temat był prof. Kadlicky (Praha). Poza tematami głównemi przedstawił prof. Lauber aparat własnej konstrukcji do projekcji znaczków świetlnych przy badaniu pola widzenia. Na tematy społeczne mówili Zachert (jaglica) i Galewska (zagadnienie ślepoty w Polsce). Na posiedzeniu organizacyjnem uchwalono, by kwartalnik „Klinika Oczna" posiadał tytuł „Acta Ophtalmologica Slavica". Pismo to zobowiązali się poprzeć poza granicami Polski koledzy czesko-słowaccy i jugosłowiańscy. Ponadto poruszano sprawę dobierania okularów przez optyków i uchwalono na wniosek prof. Laubera wystąpić z petycją, aby wydawanie okularów podlegało takim samym rygorom, jak wydawanie lekarstw z aptek. Jako miejsce przyszłego VI zjazdu okulistów polskich w r. 1935 zostało wybrane Wilno. *J. Grzędzielski.*

Dok. nast.

Towarzystwo Lekarskie Częstochowskie.

Posiedzenie z dnia 18 czerwca 1932 r.
Przewodniczy: prezes Kol. Rożkowski.

1. Kol. Batawia pokazał rzadki przypadek *kiły nabytej* u 15-letniego chłopca. Chłopiec zaraził się przed kilku laty od chorej na kiłę służącej (drogą pozapłciową). Miał owrzodzenie w gardle, które spowodowało odpadnięcie *uvulae*, a następnie wytworzenie się blizn, powodujących zupełne zamknięcie jamy nosogardzielowej; chory mógł oddychać tylko przez usta. Wassermann (++). Po usunięciu blizn drogą krwawą wystąpiły ponowne zrosty, to samo — po termokauterze. Zastosowano wobec tego elektrokoagulację; już po 1 seansie chory mógł oddychać przez nos, aczkolwiek jeszcze ze znacznym wysiłkiem, po 2 seansie oddycha przez nos znacznie lepiej.

W dyskusji: Kol. Wolberg nie wyklucza w tym przypadku i kiły dziedzicznej.

Kol. Frenkenberg stwierdził u chorego dość silnie zaznaczone cechy infantylizmu.

Kol. Rożkowski wątpi, aby kiła dziedziczna mogła wywołać tak duże zmiany u 10-letniego dziecka.

Kol. Dykierowa obserwowała kilak kości również u 10-letniego dziecka z kiłą dziedziczną.

2. Kol. Frenkenberg wygłosił wspomnienie pośmiertne *o działalności Dra Flatau'a*, szczegółowo omawiając Jego prace naukowe i podkreślając Jego wybitne zasługi dla neurologji.

Pamięć zmarłego uczczono przez powstanie. Uchwalono też złożyć od T-wa 50 złotych na Instytut Patologiczny w Warszawie, wobec tego, iż zmarły był członkiem honorowym T-wa.

3. Kol. Wajnbaum wygłosił odczyt: *„O regulacji urodzin — dyskusja w sprawie eugeniki"*. (Streszczenie własne).

Prelegent stwierdza, iż nadmierna rozrodczość w dzisiejszych katastrofalnych warunkach materjalnych i zdrowotnych najszerszych warstw ludności w Polsce prowadzi fatalnie do zmniejszenia dobrobytu Państwa i jednostki, do zwiększenia epidemij oraz chorób zwyradniających rasę, wreszcie do wielkiej śmiertelności, zwłaszcza dzieci i młodzieży, zmuszając ludność uboższą do zbrodniczego spędzania płodu.

Nie ilość, lecz jakość materjału ludzkiego stanowi i gwarantuje tężyznę narodu!

Prowadzona przez lekarzy akcja regulacyjna urodzin w wypadkach wskazań zdrowotnych, społecznych oraz indywidualnych powinna dać w wyniku poprawę rasy w najszerszem tego słowa znaczeniu.

Odczyt był ilustrowany licznemi wykresami i tablicami statystycznemi, wykazującemi zależność pomiędzy rozrodczością i śmiertelnością dzieci, a dobrobytem rozmaitych warstw społecznych.

W dyskusji głos zabierali Kol.: Batawia, Bram, Frenkenberg, Grünwaldówna, Łokczewski, Piltz, Rożkowski i Wolberg. Większość Kolegów na regulację urodzin szeroko zakreśloną zapatruje się krytycznie, przyjmuje regulację z całym szeregiem zastrzeżeń z punktu widzenia państwowego, militarnego, moralnego, dopuszczając regulację urodzin jedynie w wypadkach, gdzie po temu istnieją wskazania lekarskie. Inni koledzy zgadzają się z prelegentem, podkreślając, że w obecnych trudnych warunkach samo życie zmusza szerokie masy społeczeństwa do ograniczenia urodzin, robi się to jednak nieumiejętnie, często ze szkodą dla zdrowia, a więc wskazanem jest, aby lekarze zainteresowali się tą sprawą.

Posiedzenie z dnia 22 października 1932 r.
Przewodniczy: Kol. Szaniawski.

1. Kol. Frenkenberg wygłosił wspomnienie pośmiertne *o Drze Samuelu Goldflamie.*

Pamięć zmarłego uczczono przez powstanie.

2. Kol. Szwedowski wygłosił wspomnienie pośmiertne *o Drze Sewerynie Sterlingu.*

Pamięć zmarłego uczczono przez powstanie.

3. Kol. Kagan pokazał 2 letnie dziecko po przebytej *zgorzeli płuc* leczone emetyną z wynikiem bardzo dobrym.

Dziecko to zachorowało na błonicę z zajęciem gardła, obu migdałków i krtani; miało silną duszność i sinicę. Otrzymało 5.000 jednostek surowicy przeciwbłoniczej, poczem trafiło do rąk felczera, który w ciągu kilku dni stosował przemywanie gardła. Stan dziecka uległ pogorszeniu, wystąpiły objawy pneumoniczne ze stłumieniem nad środkowym płatem płuca prawego. Wkrótce zjawił się *foetor ex ore* i przy kaszlu dziecko wykrztuszało znaczne ilości ropy. Roentgen wykazał naciek środkowego płatu płuca prawego. Rozpoznano zgorzel płuc i zastosowano zastrzyki emetyny (0,01) co drugi dzień. Już po 1 zastrzyku nastąpiła znaczna poprawa stanu ogólnego, po 3 zastrzyku znikł *foetor ex ore*. Kontrola Roentgenem wykazała zupełne wyzdrowienie. Prelegent przypuszcza, że zgorzel płuc w tym przypadku powstała na skutek stosowanych przez felczera przemywań gardła.

W dyskusji: Kol. Frenkenberg zapytuje, czy nie notowano przypadków zgorzeli płuc, wywołanych samą błonicą.

Kol. Szaniawski podaje, że przypadki zgorzeli płuc przy błonicy, jeśli i zdarzają się, to bardzo rzadko, jednak jeden z podręczników francuskich wskazuje, iż przypadki takie obserwowano. Co do emetyny, próbował stosować ją u dzieci w rozstrzeni oskrzeli z gnilną plwociną i uzyskiwał pewną poprawę. Naogół zgorzel płuc u dzieci należy do schorzeń ciężkich i kończy się przeważnie śmiercią. Dziecko leczone przez Kol. Kagana widział, stan dziecka przed zastosowaniem emetyny był bardzo ciężki.

Kol. Rus przypomina, że Kobriner zaleca stosowanie emetyny przy grypie.

4. Kol. Frenkenberg demonstrował przypadek *utajonej tężyczki u osobnika cierpiącego na przewlekłą rzeżączkę.*

Chory lat 20, zgłosił się do szpitala na Zawodziu ze skargami na bóle i drętwienie kończyn dolnych, dokuczliwe zwłaszcza w nocy. Od $1^1/_2$ roku cierpi na rzeżączkę. Badanie chorego wykazało wytrzeszcz prawostronny z objawem Dalrympla oraz porażenie lew. n. odwodzącego. Odczyn Wassermanna we krwi (++). Zastosowano injekcje bizmutu. Po 2 zastrzyku bóle wybitnie zmniejszyły się, po następnych znowu powróciły i to bardziej intensywne, niż poprzednio. Wykonano nakłucie lędźwiowe. Podczas nakłucia u chorego wystąpił napad tężyczki, zauważono, że podczas napadu chory głęboko oddychał; nakazano choremu oddychać spokojnie, napad przeszedł. Po 5 dniach wykonano próbę hiperwentylacyjną. Po 3 minutach głębokiego oddychania wystąpił objaw Chwostka, po 4 min. napad tężyczkowy; w $1^1/_2$ minuty po zaprzestaniu próby napad ustąpił. Badanie pobudliwości n. n. twarzowego i łokciowego wykazało stosunki prawidłowe. Zawartość wapnia w surowicy krwi niezmniejszona. Odczyn Wassermanna w płynie mózgowo-rdzeniowym ujemny. Po omówieniu przypadku zademonstrowano hiperwentylację, po $2^1/_2$ min. wystąpił typowy napad tężyczkowy. (Streszczenie własne).

W dyskusji: Kol. Wajnbaum obserwował objawy sztywności i drgawek u zatrutego węglanem sodu, w związku z tem zapytuje, jaki jest mechanizm hiperwentylacji, czy nie występuje tu też alkaloza.

Kol. Szaniawski sądzi, że słabo dodatni (++) Wassermann w tym przypadku, prawdopodobnie, nie ma znaczenia.

Prelegent Kol. Frenkenberg dodaje, iż tężyczka najczęściej jest chorobą wtórną, t. j. dołącza się do innych chorób. Leczenie — *Calc. chlorat.*

5. Uchwalono przez aklamację wniosek zarządu o zaliczenie w poczet Członków Honorowych T-wa Kol. Wojciecha Stawnickiego w uznaniu Jego 30-letniej pracy lekarskiej w tem 25-letniej pracy szpitalnej na terenie m. Częstochowy.

Sekretarz: *Adam Borkowski.*

Towarzystwo Lekarskie Łódzkie.

Protokół posiedzenia w dniu 29 marca 1933 r.

1. Kol. I. Barciński przedstawił trzech chorych, *leczonych promieniami Roentgena*, mianowicie:

1) Przypadek *mięsaka wyrostka sutkowego;*

2) Przypadek *mięsaka sklepienia czaszki z przerzutem olbrzymim do talerza biodrowego;*
3) Przypadek *przerzutów mięsaka do płuc i serca.*
We wszystkich trzech przypadkach bardzo ciężkich schorzeń — po leczeniu promieniami Roentgena — nastąpiła znakomita poprawa.
Przypadki były ilustrowane pokazem szeregu filmów.
2. Kol. Gliksman wygłosił odczyt pod tytułem: *„O postępach w nauce o gruźlicy".*
W dyskusji: Kol. Szyfman podkreśla, że cukrzyca nie jest przeciwwskazaniem dla stosowania odmy sztucznej i, że przeciwnie stosowanie odmy sztucznej wpływa dodatnio i na sprawę gruźlicy i na cukrzycę.
Kol. Tenenbaum wspomina o metodzie zapobiegającej powstawaniu wysięków podczas stosowania odmy sztucznej, podawanej przez Unverrichte i Dosqueta.
Kol. Schweig mówi o istniejącym antagonizmie między gruźlicą oka i gruźlicą płuc. Najcięższe schorzenie oka widzi się przy braku objawów w płucach; następnie mówi o dobrych wynikach otrzymywanych przy leczeniu schorzeń gruźliczych oka zapomocą tuberkuliny.
Kol. Reicher wskazuje na taki sam antagonizm między gruźlicą płuc a gruźlicą skóry i podkreśla paradoksalne zjawisko, że gruźlica skóry występuje najczęściej u ludzi ze skórą bogatą w barwiki.
Kol. Sonnenberg. Między gruźlicą narządów wewnętrznych a gruźlicą skóry ujawnia się pewnego rodzaju antagonizm, wyrazem którego jest zrobione spostrzeżenie, że u osób, dotkniętych gruźlicą narządów wewnętrznych, a zwłaszcza płuc, rzadko występuje powikłanie w postaci gruźlicy skóry, a u osób znów z gruźliczem cierpieniem skóry — powikłanie ze strony narządów wewnętrznych jest zjawiskiem częstem. Na podstawie nauki o odporności usiłują zjawisko to tłumaczyć różnicą w ilości przeciwciał, wytwarzanych przez narządy wewnętrzne i przez skórę. Oto w przeciwieństwie do powstających w dużej ilości przeciwciał w gruźlicy narządów wewnętrznych, zapewniających odporność całemu ustrojowi, ilość sił obronnych w gruźlicy skóry jest znacznie mniejsza i dlatego narządów wewnętrznych nie chroni.
W odpowiedzi: Kol. Gliksman — zgadza sie z uwagami kolegów, zabierających głos w dyskusji.

Protokół posiedzenia w dniu 5 kwietnia 1933 r.

Pokazy chorych.
1. Kol. L. Szyfman przedstawia chorego *z kiłą płuca.*
Chory lat 33, rzekomo dawniej zawsze zdrowy; neguje choroby weneryczne; zwrócił się po raz pierwszy do kol. Szyfmana przed 2 laty spowodu kaszlu, trwającego od paru miesięcy oraz ogólnego osłabienia; spowodu choroby płuc zamierzał wyjechać do Otwocka. Przy badaniu objektywnem stwierdzono: minimalne przytłumienie pod prawą łopatką, nad przytłumieniem drżenie głosowe wzmożone i liczne drobno- i średnio bańkowe rzężenia, pozatem stwierdzono u chorego owrzodzenie pod lewą pachą; OB = 90', Koch ujemny. Prześwietlenie płuc wykazało po stronie prawej cienie zagęszczenia umiejscowione przywnękowo na dużej przestrzeni. Wobec lokalizacji cieni, nietypowych dla gruźlicy, braku prątków Kocha w plwocinie i podejrzanych, niegojących się owrzodzeń pod pachą, powstało podejrzenie co do kiły; istotnie Wassermann wypadł wybitnie dodatnio (++++). Zalecono kurację swoistą; już po pierwszej kuracji nastąpiła wybitna poprawa; kaszel prawie ustał zupełnie, chory przybrał na wadze; owrzodzenia się zagoiły, pozostawiając charakterystyczne blizny, OB — podniosło się do 385. Dokonane po 6 miesiącach prześwietlenie płuc wykazało znaczne wyjaśnienie się prawego płuca, a w miejscu dawnych płaszczyźnianych cieni, widać było tylko pasmowate cienie, układające się w siateczkę. Dziś w Roentgenie tylko przywnękowo po stronie prawej wielkooczkowata siatka.
W przypadku tym — osiągnięty zapomocą kuracji antyluetycznej efekt terapeutyczny, cofnięcie się objawów płucnych klinicznie oraz w Roentgenie — potwierdza pierwotne przypuszczalne rozpoznanie kiły płuca prawego.
2. Kol. Uryson demonstruje z wewnętrznego B oddziału Szpitala Poznańskich przypadek 47-letniego mężczyzny *z gruźlicą kręgów szyjnych, powikłaną opadowym ropniem w przedniem śródpiersiu.*
Kilkakrotne zdjęcia rentgenowskie nie wykazały zmian w kręgach, jednakże typowa bolesność uciskowa, samoistne bóle, występujące przy ruchach głowy, typowe ustawienie głowy, oraz stwierdzenie ubytku chrząstkowej części przegrody nosowej, upoważniły do rozpoznania gruźliczego pochodzenia schorzenia.

W płucach stwierdzono dużo suchych rzężeń, pozatem przytłumienie w lewo od wstęgi naczyniowej, szerokości od 2 do 3 palców. OB = 25'. Zdjęcie rentgenologiczne klatki piersiowej wykazało nazewnątrz w lewo od wstęgi naczyniowej ograniczony owalny cień z wyjaśnieniem. Prześwietlenie udowodniło umiejscowienie tego cienia w przedniem śródpiersiu. Pozatem pola płucne bez widocznych zmian.
Przy nakłuciu śródpiersia (kol. Ajzner) otrzymano 15 cm^3 bursztynowego płynu, który zawierał szare strzępki. Badanie tego płynu wykazało w k. p. w. 15—20 limfocytów; drobnoustrojów bakterjologicznie oraz bakterjoskopowo nie stwierdzono. Powtórne zdjęcie płuc, dokonane po 6 tygodniach wykazało, że obraz tworu w śródpiersiu nie uległ zmianom, natomiast w płucu lewem stwierdzono dużą ilość zlewających się cieni zagęszczenia z rozmiękczeniami, co potwierdza gruźlicze pochodzenie wyżej opisanych zmian.
Przypadek zasługuje na uwagę: 1) ze względu na niestwierdzenie przy badaniu rentgenologicznem zmian w kręgach, pomimo, że obraz choroby przemawiał za gruźliczem pochodzeniem schorzenia. Ropnie opadowe mogą bowiem wyprzedzać zjawienie się zmian w kręgach; 2) ze względu na rzadkość ropnia opadowego z kręgów do śródpiersia przedniego, i po 3) nieczęsto stosowany zabieg nakłucia próbnego śródpiersia.
W dyskusji nad pokazem zabierali głos Kol. Tenenbaum i Uryson.
3 Kol. Kryszek demonstruje chorą I. C. lat 43, z *wadą zastawkową dwudzielną* — niedomykalność i zwężenie zastawki dwudzielnej, skombinowaną zwężeniem zastawki tętnicy głównej. Schorzenie stosunkowo rzadkie, spotykane w 5% schorzeń sercowych.
Schorzenie objawia się szorstkim szmerem skurczowym nad ujściem tętnicy głównej, brakiem II tonu aortalnego, wyczuwalnem w temże miejscu warczeniem. Szmer skurczowy przenosi się ku tętnicom szyjnym, słyszalny jest styłu w okolicy II kręgu piersiowego. Schorzeniu odpowiada tętno niskie *(pulsus tardus).* Schorzenie tętnicy głównej nasilało się w przebiegu 4-letniej obserwacji w przebiegu niewyrównanej (pogośćcowej) wady zastawki dwudzielnej i objawiało się klinicznie omdleniami, zawrotami głowy i zmianą psychiki w kierunku wzrastającej apatji. Rokowanie schorzeń sercowych w tej kombinacji — złe.
W dyskusji nad pokazem zabrał głos Kol. Bender, który demonstrował przed 2 laty w Towarzystwie Lekarskiem przypadek stenozy aorty. Schorzenie to daje rozszerzenie aorty wstępującej. *Mesaortitis* daje takie same objawy. Kiła nigdy nie powoduje powstania stenozy aorty. Zapytuje Kol. Kryszka, jak w tym przypadku przedstawiała się aorta w Roentgenie.
W odpowiedzi Kol. Benderowi Kol. Kryszek: a) zmian rentgenologicznych schorzenie aortalne w tym przypadku nie wykazało; b) kiłowe schorzenie odpada spowodu braku drugiego tonu; dla kiły tętnicy głównej typowym jest muzykalny II ton i duże PP; pozatem brak odczynu Wassermanna we krwi; zwężenia zastawki tętnicy głównej na tle kiłowem, choć są rzadkie, to jednakże bywają (Külbs) nawet częściej, niż na tle endokardjalnem; c) omdlewania i resztę objawów mózgowych przypisać należy zwężeniu aorty, a nie współistniejącemu zwężeniu zastawki dwudzielnej, gdyż wystąpiły one w okresie nasilenia zmian aortalnych.
4. Kol. S. Minc wygłosił odczyt pod tytułem: *„O klinicznem rozpoznawaniu wrzodu trawiennego żołądka i dwunastnicy".* (Praca ukaże się w druku).
W dyskusji zabierali głos Kol. Gliksman, Dengel, B. Frenkiel, Klozenberg, Klinger, A. Margolis, Kalisz, Mogilnicki, Uryson, Bender i prelegent.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 7 marca 1933 roku.

1. Protokół posiedzenia z dnia 28 lutego b. r. przyjęto.
2. Kol. Mikułowski W. wygłasza odczyt z pokazem: *„Pląsawica rodzinna u dwojga dzieci kiłowych"* (streszczenie własne).
Dziewczynka 13-letnia przybywa 23. XI. 1932 do szpitala spowodu od 3 tygodni trwającej pląsawicy, która rozwinęła się w ślad po przebytej anginie. Typowe zaburzenia ruchowe z dodatniemi objawami Czernego, Stoelznera, Stephensa. Szmer skurczowy nad podstawą i nad koniuszkiem serca. Eozynofilja 8%, odczyn Wassermanna we krwi i w płynie mózgowym ujemny. Wywiady rodzinne stwierdzają u zdrowej matki 2 poronienia i 4 rodzeństwa zdrowego. Ojciec dziecka lat 44, cierpi na miażdżycę

tętnic i na niedomykalność zastawek półksiężycowych aorty, jest nosicielem stygmatów kiłowych, bo jest synem luetyka, który w 39-ym roku życia umarł na paraliż postępujący. Matka ojca 7 razy rodziła, w tem 3 razy płody nieżywe. Tak więc chora na pląsawicę dziewczynka jest w drugiem pokoleniu obciążona dziedzicznie kiłą po mieczu. Wykazuje ona hipotrofję (obniżenie wagi o 10 kg) i odchylenie wzrostu 9%, podniebienie gotyckie, język mosznowy, aksyfoidję, obecność pigmentacji naokoło tarczy przy wziernikowaniu oka, asymetrję palców rąk, odczyn dodatni na luotest, przyśpieszenie opadania krwinek. W miesiąc po rozpoczętej kuracji w szpitalu dziecko zapada na gorączkową anginę a w ślad potem na surowicze, jałowe zapalenie opłucnej, które po salicylu rychło ustępuje. Pod koniec 1-go miesiąca pobytu dziewczynki w szpitalu jej siostra 12-letnia zapada na typową pląsawicę z przewagą zaburzeń ruchowych kończyn górnych — tak, że przez 2 tygodnie jeść sama nie może. Dziecko leczone salicylem stosunkowo szybko poprawia się bez powikłań sercowych. W obu przypadkach chodziło o pląsawicę, której gośćcowy charakter objawiał się przez dodatnie reagowanie na salicyl. Incydent anginowy, szmer sercowy oraz szybko uleczone salicylem wysiękowe zapalenie opłucnej spostrzegane u starszej dziewczynki były również znamienne dla gośćca. Z drugiej strony wywiady rodzinne stwierdzają realność obciążenia dziedzicznego kiłą wrodzoną dzieci w drugiem pokoleniu. Wyrazem tego zakażenia jest obecność szeregu stygmatów kiłowych i dodatni odczyn na luotest u obu dziewcząt. Obserwacja ta budzi zagadnienie roli kiły w etjologji pląsawicy. W omawianym przypadku rola kiły ogranicza się do ram konstytucji fenotypowej i do czynnika mniej lub więcej uczulającego ustrój na następowe incydenty neurotropowe. Czynnikiem bezpośrednio infekcyjnym był gościec.

Przypadek budzi zagadnienie „dyskretnej" zaraźliwości gośćca i porusza problem rzadko w literaturze notowanych przypadków pląsawicy rodzinnej.

Referent stwierdza, że 3. XII. 1930 demonstrował na posiedzeniu Polskiego Towarzystwa Pedjatrycznego podobny przypadek pląsawicy gośćcowej rodzinnej u dziewczynki 4-letniej i u jej 25-letniej matki, która w 3 tygodnie po córce zachorowała na pląsawicę i z tego powodu leżała na oddziele Dra Flataua w szpitalu.

Referent przytacza z literatury rzadkie przypadki pląsawicy rodzinnej.

3. Kol. G r o t t J. W., członek T-wa, wygłasza odczyt p. t.: *„Cukromocz w ciąży"*. (Streszczenie).

Cukromocz w ciąży jest zjawiskiem dość częstem.

O rozpoznaniu rozstrzyga zbadanie krzywej cukru we krwi po obciążeniu ustroju 50 g glukozy. Przy cukromoczu nerkowym w ciąży pacjentka wydziela conajwyżej parę gramów cukru z moczem pomimo spożycia dużej ilości węglowodanów przy koncentracji glukozy zwykle nie przewyższającej 1%. Zdarzają się tu jednak bardzo liczne wyjątki.

Przyczyn cukromoczu nerkowego ciężarnych nie znamy dokładnie, wiemy natomiast, że odgrywa tu wybitną rolę zachowanie się wątroby, gruczołów dokrewnych oraz nerek.

Cukromocz nerkowy ciężarnych jest sprawą dobrotliwą, zwykle znika szybko po urodzeniu dziecka. Wśród przypadków opisanych przez autorów spotyka się zarówno tak zw. dobrotliwe jak i złośliwe. Do grupy I zaliczamy takie przypadki, w których pomimo szeregu lat obserwacji cukrzyca nie powstała wcale, do drugiej zaś te, w których głębsze zaburzenia w przemianie węglowodanowej rozwinęły się bardzo szybko.

Dotychczasowe spostrzeżenia nie są dokładne, wobec czego opierając się na nich trudno wypowiedzieć się ostatecznie w tej sprawie.

Zastępca Sekretarza Dorocznego: *M. Kruszówna.*
Prezes: *Ludwik Paszkiewicz.*

P r o t o k ó ł z e b r a n i a n a u k o w e g o z dnia 14 marca 1933 roku.

1. Kol. P r ę g o w s k i P., czł. T-wa, omówił: *„Wyniki 30-letnich dociekań własnych nad terapją t. zw. czynnościowych zaburzeń psychicznych i nerwowych"*. (Streszczenie własne).

W licznych dawnych publikacjach Pręgowski podał koncepcję, iż: 1) cierpienia neurasteniczne oraz psychoza schizofreniczna (otępienie wczesne), pozostając w bliskim z sobą związku patogenetycznym, polegają w pierwszym rzędzie na różnego stopnia schorzeniach układu roślinnego, nadmiernej skurczliwości i niedostatecznej rozkurczliwości obwodowych naczyń krwionośnych oraz na zatruwaniu bądź zatruciu mózgu przez produkty wymiany materji, niedość spowodu zacisków naczyniowych wydalane z ustroju. Koncepcja ta, o ile dotyczy otępienia wczesnego, została powtórzona przez Rosenfelda, w odniesieniu zaś do neurastenji przez Höllmayera.

2) Od otępienia wczesnego należy odróżnić grupę chorobową, której głównemi objawami są: dezorjentacja pierwotna, halucynacje, zwłaszcza wzrokowe, i urojenia, wzmożone i zmienne życie uczuciowe oraz niekiedy występujące nagłe przerwy jasne *(lucida intervalla)*. Grupa ta ma przypuszczalnie patogenezę endokrynową.

W leczeniu nadmienionych zaburzeń wegetatywnych autor kładzie główny nacisk na bezpośrednie działanie ciepłem (kompresami) na odnośne okolice ulecza pacierzowego — w myśl idei angielskiego lekarza zeszłego stulecia Chapmana. W opoterapji zaś, stosowanej w przypadkach, o prawdopodobnem pochodzeniu dokrewno-gruczołowem, Pręgowski jest zwolennikiem stosowania dawek małych i stopniowego ich powiększenia.

Z zakresu cierpień o przypuszczalnem pochodzeniu wegetatywnem Pręg. streszcza wyniki swego leczenia u neurasteników i w przypadkach nerwicy pourazowej oraz w otępieniu wczesnem.

Z zakresu cierpień o przypuszczalnem pochodzeniu dokrewno-gruczołowem Pręg. streszcza wyniki stosowania: 1) hormonu szyszynki *(Hypophyson* Richtera według koncepcji Dra Bogackiego) w psychozie porodowej; 2) preparatów jajnikowych, względnie jądrowych w zaburzeniach psychicznych cyklicznych, o cyklu miesięcznym, zarówno u kobiet jako też u mężczyzn, przytem autor zalicza do tej grupy także przypadki z powstającemi comiesięcznie wybuchami złości, żądzy niszczenia i sadyzmu; 3) leczenia kombinowanego — opoterapji oraz leczenia przeciwzapalnego — u pseudocyklików, u których zaburzeniom psychicznym towarzyszą miejscowe, zwykle w górnych drogach oddechowych, sprawy zapalne z podniesioną ciepłotą ciała; 4) leczenia przeciwinfekcyjnego najpierw, a potem ewentualnie leczenia hormonowego lub malaryjnego w ostrych psychozach, powstających przy współistnieniu ogólnych spraw infekcyjnych.

Wreszcie Pręg. przytacza trzy przypadki spółistnienia obu powyższych kategoryj cierpień: otępienia wczesnego i zaburzeń psychicznych t. zw. menstruacyjnych, — i podaje o pomyślnem stosowaniu w tych przypadkach leczenia skombinowanego, t. j. z jednej strony stosowanego na układ wegetatywny, z drugiej — opoterapji jajnikowej.

W dyskusji: Kol. H i g i e r H., członek T-wa stwierdza, że tylko niektóre sposoby leczenia chorób umysłowych dają dość dobre wyniki. Do tych sposobów należy leczenie zimnicą porażenia postępującego oraz niektóre inne metody leczenia bodźcowego. Stosuje się je również z powodzeniem we wczesnem otępieniu *(dementia praecox)*. Inne cierpienia leczy się przeważnie objawowo. Ma pewne zastrzeżenia co do wyodrębniania psychoz menstruacyjnych i ciążowych, oraz w stanach zapalnych migdałków, wyrostka i zębów. Uważa, że nie wszystkie preparaty gruczołowe dobrze działają, większość często wywiera znikomy wpływ na ustrój.

Kol. W a g n e r K., członek T-wa, spostrzegał niejednokrotnie łączność zaburzeń psychicznych np. z zapaleniem ostrem tarczycy po zapaleniu migdałków. Uważa, że zaburzenia psychiczne zależą: 1) od zatrucia wyskokiem, morfiną, kokainą, 2) od zakaźnych stanów zapalnych i 3) od schorzeń gruczołów dokrewnych. Droga, obrana przez prelegenta, a wiodąca od spostrzeżeń działania środków lekarskich w poszczególnych przypadkach do wniosków ogólnych, jest dobra i słuszna.

Kol. P r ę g o w s k i P., członek T-wa, w tak krótkim odczycie nie mógł dokładnie przedstawić całości przypadków. Wiele z nich dotyczyło chorych, zamkniętych w zakładach, jako bardzo niebezpiecznych dla otoczenia. Wyszli oni jako zupełnie zdrowi, a długiem spostrzeganiem poza zakładowem nie stwierdzono nawrotów. Zwraca uwagę na przypadki zakażenia ogólnego, którego nie stwierdza się często tylko dlatego, że chorego spowodu burzliwych objawów psychicznych nie bada się klinicznie. Sposób leczenia najpierw zakażenia, a następnie podawania soli metali ciężkich tłumaczy chęcią zadziałania na ustrój przez wpływ na gruczoły dokrewne.

2. Kol. C h o d k o w s k i K., członek T-wa i T i p p e l t E. przedstawili przypadek *„Z kazuistyki krwawień śmiertelnych"*. (Streszczenie własne).

Mężczyzna W. A. lat 23, z zawodu szewc, przybył dnia 19. VIII. 1932 r. do oddziału Chorób Wewn. Szpit. Przem. Pańskiego w Warszawie (ordynator Doc. Dr. med. Z. Michalski) w tydzień po wystąpieniu wymiotów krwawych. Z wywiadów wynika, że chory był na weselu, gdzie pił dużo napojów wyskokowych. Następnego dnia jakoby wśród zupełnego zdrowia dostał wymiotów krwawych (krew miała zabarwienie zupełnie czarne), które powtarzały się codziennie aż do przybycia do Szpitala. Przed 6 laty przebywał w szpitalu spowodu wymiotów

krwawych, wywołanych jakoby przez wrzód żołądka. Po wyjściu ze szpitala czuł się dobrze, dolegliwości nie miał, diety nie przestrzegał (dużo pił napojów wyskokowych). Pozatem nigdy nie chorował.

Ze stanu ogólnego zasługuje na uwagę: upośledzenie odżywienia, bladość powłok skórnych i śluzówek, szmer rozkurczowy nad koniuszkiem, na mostku i nad tętnicą główną przy czystym 1 tonie; tętno miarowe słabo wypełnione i słabo napięte, dość chybkie, liczba uderzeń 100. Pozatem stwierdzono tylko mierną bolesność uciskową w dołku podsercowym i prawem podżebrzu.

W ciągu 3 dni pobytu chorego w oddziale stan ogólny był bardzo ciężki, przytem stale pogarszał się. Wymioty fusowate wystąpiły jeszcze dwukrotnie. Pomimo stosowania środków, mających na celu zatrzymanie krwawienia (dożylne wstrzykiwanie stężonych rozczynów soli kuchennej i inne) chory zmarł dnia *22. VIII. 1932*.

Przyczyna krwawienia była niewyjaśniona. Fusowaty wygląd wymiocin wskazywał na krwawienie do jamy żołądka. Z obawy spotęgowania krwawienia nietylko nie można było przeprowadzić koniecznych badań dodatkowych, lecz nawet dokładnie zbadać chorego. Opierając się przeto na rozpoznaniu z czasu poprzedniego pobytu chorego w szpitalu, uzależniono krwawienie od wrzodu żołądka, jednak z pewnemi zastrzeżeniami, gdyż dobre samopoczucie chorego, brak dolegliwości w ostatnich 6 latach mimo niestosowania diety i nadużywania napojów wyskokowych (co chory wyraźnie w wywiadach podkreślał) przemawiały w pewnej mierze przeciw chorobie wrzodowej.

Badanie pośmiertne (Prosektorjum Szpitala P. P. Prosektor Dr. J. Dąbrowska, sekcję wykonał K. Chodkowski) wykonane dn. *23* sierpnia r. *1932* wykazało:

1) wybitną niedokrwistość ogólną, *2*) stłuszczenie zwyradniające m. sercowego, *3*) przerost odśrodkowy całego serca, 4) obostrzone zapalenie przewlekłe wsierdzia zastawek półksiężycowych tętnicy głównej z mierną niedostatecznością zastawek i miernem zwężeniem lewego ujścia tętniczego, 5) obrzęk i stwardnienie brunatne płuc, 6) nieznaczne stwardnienie zastojowe nerek, 7) przewlekłe obrzmienie śledziony, 8) marskość zanikową wątroby (waga 1.320 g), 9) wybitne rozszerzenie żył ściany żołądka wzdłuż krzywizny małej i wpustu oraz przełyku w postaci grubych wałeczków wystających ponad powierzchnię śluzówki, twardych, całkowicie zamkniętych przez skrzepliny, 10) nieznaczne rozszerzenie dolnej żyły odbytniczej (guzki krwawnicowe), 11) czarny kał w jelicie grubem, 12) przewlekły nieżyt śluzowy żołądka i jelit.

Badanie mikroskopowe skrawków z wątroby wykazało naogół nieznaczny rozrost tkanki łącznej dokoła zrazików i ich grup; oraz stłuszczenie zwyradniające, a w niektórych miejscach wczesny rozrost tkanki łącznej dokoła żył środkowych. Naogół zmiany marskie były nieznaczne, przeważało przekrwienie bierne i stłuszczenie zwyradniające.

W rozważaniach nad źródłem i przyczyną krwawienia należało zatrzymać się na marskości wątroby i rozszerzeniach żył żołądka i przełyku. Zmiany te bez wątpienia pozostawały w ścisłym związku przyczynowym ze sobą. Marskość wątroby powstała najprawdopodobniej na tle nadużywania wyskoku, przebiegała ona bardzo łagodnie i przejawiła się po raz pierwszy już w 17 r. ż. (przed 6 laty). Wtedy bowiem zjawiły się po raz pierwszy krwawe wymioty. Prawdopodobnie nastąpiło zaburzenie krążenia krwi w układzie żyły wrotnej, co wobec nieistnienia dostatecznych połączeń obocznych spowodowało krwawienie do jamy żołądka (wymioty krwawe). Z biegiem czasu jednak zaburzenia w krążeniu wyrównały się, głównie przez połączenia żył żołądka z żyłami przełykowemi, należącemi już do układu żył nieparzystych (układ górnej żyły głównej), tylko nieznaczna część krwi odpływała przez połączenie z żyłami odbytniczemi dolnemi do żyły podbrzusznej. Te drogi krążenia obocznego przez długi czas (6 lat) wystarczały dla wyrównania zaburzeń krążenia w układzie żyły wrotnej; zwłaszcza wobec stosunkowo nieznacznych zmian w wątrobie. Tem tłumaczy się nieobecność puchliny brzusznej, brak rozszerzenia innych połączeń (powierzchownych i głębokich) żyły wrotnej z żyłami głównemi.

Krwawienie niewątpliwie nastąpiło z żył ściany żołądka, gdyż żyły przełykowe były całkowicie zamknięte przez skrzepliny. Krwawienie przebiegało powolnie, a nie gwałtownie. Przemawia zatem nieobecność pęknięcia ściany żył jak to spostrzegali w przełyku Półtorzyska i Wąsowicz (Medycyna Warszawska Nr. *2*. 1930). Zgadzają się z tem dane kliniczne: kilkudniowe trwanie krwawienia (około 10 dni) i fusowaty wygląd wymiocin.

Prawdopodobnie krwawienie do światła żołądka rozpoczęło się w okresie zamykania światła połączeń przez skrzepliny, wskutek czego odpływ krwi z układu żyły wrotnej był wybitnie utrudniony, gdyż inne połączenia bądź nie były zupełnie dostosowane bądź były dostosowane niedostatecznie do przeprowadzenia większej ilości krwi do układu żył głównych. Napływająca do żył krew, której odpływ był utrudniony nietylko spowodu czynników miejscowych lecz także i ogólnych (niedostateczność układu krążenia), rozciągnęła ściany naczyń włoskowatych żołądka) i nastąpiło krwawienie *per diapedesin;* stąd powolny przebieg krwotoku.

Jaki czynnik spowodował tworzenie się skrzeplin? Na to pytanie odpowiedzieć trudno. Niewątpliwie istniały w ustroju warunki, które ułatwiały tworzenie się skrzeplin. Należy uwzględnić tu nie tylko warunki krążenia miejscowego lecz i ogólnego. Nie były one pomyślne dla ustroju, bowiem zaburzenia krążenia w układzie żyły wrotnej spotęgowały się zaburzeniami krążenia w układzie żył głównych, zależnemi od niedomogi serca. W wątrobie prąd krwi napotykał opór nietylko w wewnątrzwątrobowych rozgałęzieniach żyły wrotnej lecz także i w żyłach wątrobowych, dolnej żyle głównej i prawem sercu.

Z drugiej znów strony krążenie przez połączenia oboczne nie mogło wyrównać się w dostatecznej mierze spowodu zastoju w żyłach nieparzystych, należących do układu głównej żyły górnej. Stąd można sądzić, że w żołądku i przełyku zastój był znaczniejszy niż w innych narządach, a prąd krwi był powolny. W takich warunkach krążenia odżywianie ściany było upośledzone, łatwo mogły rozwinąć się zmiany zwyradniające w śródbłonku (stłuszczenia). Oba te czynniki t. j. zwolniony prąd krwi i uszkodzenie ściany naczyń należą do zasadniczych warunków tworzenia się skrzeplin.

Prawdopodobnie istnieje również związek przyczynowy, krwawienia z błędem w diecie (nadużycie wyskoku). Możliwe, że błąd w diecie zadziałał w chwili tworzenia się skrzeplin w żyłach przełyku, spowodował przekrwienie czynne ściany żołądka. Przekrwienie to ze względu na utrudniony odpływ zwiększyło ze swej strony zastój, a ten wywołał krwotok *per diapedesin*. Z drugiej strony możnaby myśleć o szkodliwem działaniu wyskoku na źle odżywianą ścianę żołądka a co zatem idzie i ściany naczyń, uszkodzenie tej ostatniej i wywołanie przy powolnym prądzie krwi tworzenia się skrzeplin. Szkodliwość zadziałania tego czynnika widzimy w wątrobie w postaci ognisk stłuszczenia zwyradniającego komórek wątrobowych (aż do martwicy włącznie), jak twierdzą autorowie francuscy wyskok może działać w przypadkach marskości zanikowej bezpośrednio na żyły ściany żołądka, powodując tworzenie się żylaków.

3. Kol. Trojanowski A. przedstawił *„Przypadek marskości zanikowej wątroby z krwotokiem z żołądka i dwunastnicy"*. (Streszczenie własne).

W przypadku marskości zanikowej wątroby u 67-letniego mężczyzny, z zawodu kelnera, alkoholika, zejście śmiertelne powstało wskutek krwotoku z nadżerek w śluzówce dwunastnicy i dna żołądka. Przypadek zasługiwał na uwagę ze względu na typowy przebieg kliniczny i charakterystyczny obraz anatomiczny.

W dyskusji nad punktami 2 i 3 porządku obrad: Kol. Dąbrowska J., członek T-wa, w ciągu dwunastoletniej pracy w szpitalu Przemienienia Pańskiego w Warszawie wykonała *3.800* badań pośmiertnych i spostrzegała *23* przypadki marskości zanikowej wątroby. Wśród tych *23* przypadków w 4 były krwotoki. *2* ostre doprowadziły do śmierci (pęknięcie żylaków), pozostałe rozwinęły się *per diapedesin*. We wszystkich przypadkach z krwotokami nie rozpoznano marskości wątroby lecz wrzód albo raka żołądka.

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 21 marca 1933 roku.

1. Protokół posiedzenia naukowego z dnia 14 marca r. b. przyjęto.

2. Kol. Prezes odczytał wykaz prac nadesłanych do Biblioteki Towarzystwa.

3. Kol. Podsoński Wł. omówił *„Spostrzeżenia w ciągu 10-ciu lat nad działaniem wód siarczanych w Lubieniu Wielkim"*. (Streszczenie własne).

Prelegent omawia wskazania leczenia kąpielami siarczanemi podnosząc mniej znane, a więc wskazaniami są choroby stawów, kręgosłupa z wyłączeniem gruźlicy, zapalenia i neuralgje nerwu kulszowego, następstwa po złamaniach i zwichnięciach kości względnie stawów.

Znakomite wyniki w leczeniu wysięków pozapalnych części rodnych kobiety, blizn głębokich jako następstwa długotrwałego ropienia, *phlegmasia alba dolens*. Kąpiele lubieńskie działają znakomicie na skórę w *ichthyosis, pruritus*, wypryskach suchych, *psoriasis*, wogóle mają dobre działanie kosmetyczne. W cukrzycy, otyłości, dnie osiąga się bardzo dobre wyniki jak również w powikłaniach tych chorób jak np. w nerwobólach. Chroniczne choroby górnych dróg oddechowych leczy się wziewaniami zimnych par siarczanych systemem Bullinga.

Wada serca organiczna skompensowana, miażdżyca nie jest przeciwwskazaniem do leczenia w Lubieniu, o ile mięsień sercowy jest sprawny. 3/4 pacjentów Lubienia to ludzie około 60 lat liczący i znoszą te kąpiele doskonale. U hipertoników w 80% następuje obniżenie ciśnienia.

4. Kol. Kaczyński A., członek T-wa, omówił: *„Wskazania i wartości lecznicze kuracji zdrojowej w Solcu"*. (Streszczenie własne).

Zakres wskazań leczniczych do kuracji w Solcu jest bardzo duży. Należą tu schorzenia reumatyczne wszelkiego pochodzenia, choroby przemiany materji o tle konstytucjonalnem, jak zołzy, dna, otyłość chorobowa, niektóre choroby układu nerwowego (nerwobóle), początki wiądu rdzenia, duży zakres chorób skórnych, wreszcie przewlekłe choroby kobiece.

Jako przeciwwskazania należy wymienić: gruźlicę płucną, ostre choroby gorączkowe, niewyrównane wady serca, daleko posuniętą miażdżycę, stany anemiczne wysokiego stopnia, nowotwory, charłactwo i t. d.

Wyniki lecznicze osiągane w Solcu należą do wyjątkowo pomyślnych, co należy tłumaczyć bogactwem składników mineralnych wody soleckiej i jej potężną koncentracją. Najcięższe, najbardziej zadawnione postacie reumatyzmu, artretyzmu i t. p. znajdują tu z reguły poprawę.

W dyskusji nad punktami 3 i 4 porządku obrad: Kol. Orłowski W., członek T-wa, zwraca uwagę na dodatni wpływ leczniczy kąpieli siarczanych w miażdżycy naczyń w okresie, gdy w sercu niema wybitniejszych zmian chorobowych (np. w chromaniu przestankowem). Należy sądzić, że wody te ze względu na dużą zawartość soli magnezu winny działać dodatnio w nieżytach dróg żółciowych. Wyrazowi „masaż" w języku polskim odpowiada „miesienie", a nie „mięsienie".

Kol. Dembicki Ignacy potwierdza spostrzeżenia Kol. Podsońskiego nad stosowaniem kąpieli w przypadkach nadciśnienia: po leczeniu kąpielami, stosowanemi oględnie, ciśnienie obniża się (spostrzeżenia nad 5.000 chorych). Przeciwwskazaniem natomiast jest raczej niskie ciśnienie krwi.

Kol. Proszowski W., członek T-wa zaznacza, że z wód truskawieckich tylko woda ze źródła „Bronisława" nie zawiera siarkowodoru.

Kol. Kaczyński A., członek T-wa, stwierdza, że wody te są oddawna stosowane w cierpieniach dróg żółciowych. Podaje się 3—4 szklanki naczczo w odstępach godzinowych w ciągu paru dni.

Sekretarz Doroczny: *Karol Chodkowski*.
Prezes: *Ludwik Paszkiewicz*.

Towarzystwo Lekarskie Wileńskie.

Protokół IV. posiedzenia z dnia 1 lutego 1933 r.
Przewodniczący: Prof. Wł. Jakowicki.

1. Doc. T. Wąsowski przedstawia chorego 44 lat, operowanego spowodu *perlaka ucha prawego i zakrzepu zatoki esowatej*. Chory przybył z objawami posocznicowemi, trwającemi już od 3 tygodni. Podczas badania stwierdzono ogólny stan bardzo ciężki, t° 39,4, tętno 130; na szyi nacieczenie wzdłuż m. mostkowo-obojczykowo-sutkowego, w uchu masy perlakowate, słuch znacznie upośledzony, bolesność wyrostka sutkowego. Rozpoznano przewlekłe ropne zapalenie prawego ucha (perlak), oraz zakrzep zatoki esowatej i żyły jarzmowej. Natychmiast wykonano podwiązanie żyły tuż nad obojczykiem, oraz operację radykalną. Otwarto zatokę, wypełnioną zakrzepem. Do granicy zakrzepu ku górze dojść nie udało się. Po operacji objawy posocznicowe utrzymywały się prawie przez 4 tygodnie. Stosowano surowicę przeciwpaciorkowcową domięśniowo (ogólna dawka 160 cm^3), srebro koloidalne dożylnie, 1% roztwór *Hydrargyrofluor.*, wreszcie ropień fiksacyjny. W tym okresie otwarto 3 głębokie ropnie na szyi w okolicy prawej nadobojczykowej. Chory wyzdrowiał.

2. Dr. Załkindson przedstawia *kamienie pęcherza moczowego usunięte u 4 chorych operowanych spowodu przerostu stercza.*

3. Dr. L. Achmatowicz wygłasza referat p. t.: *„W sprawie chirurgicznego leczenia t. zw. przerostu stercza"*. (P. G. L. Nr. 13. 1933).

4. Dr. L. Rostkowski wygłasza referat p. t.: *„Jaglica, nieżyt grudkowy, a grudkowatość spojówki"*. (P. G. L. Nr. 16. 1933 r.).

5. Dr. Jankowska wygłasza referat p. t.: *„Zachowanie się elektrolitów i lipoidów w stanach wzruszeń"*. (Rzecz przeznaczona do druku w „Pamiętniku Wil. T-wa Lekarskiego).

W dyskusji: Prof. Pelczar podkreśla, że badania Dr. Jankowskiej są o tyle ciekawe, że dotyczą równoczesnego oznaczania lipoidów, t. zn. lecytyny i cholesteryny i elektrolitów, czyli stosunku wapnia, potasu i magnezu. Wyjaśnienie momentu wzruszeniowego w tym zespole jest o tyle ciekawe, że wskazuje nam równoległe zwiększenie wszystkich lipoidów, w tem estrów i lecytyny, podobnie jak to mamy w sztucznie wywołanej hipercholesterynemji.

Rola magnezu w tych sprawach byłaby niezupełnie jasna, zwiększenie jego w tkankach mogłoby prowadzić do zmniejszenia pobudliwości. Zmniejszenie zaś — słusznie z przypuszczeniem autora, byłoby czynnikiem uwalniającym siły rezerwowe ustroju.

Sekretarz: *Doc. W. Zaleski.*

NEKROLOGJA.

Ś. p. Gustaw Embden.

W końcu lipca r. b. umarł nagle w wieku 59 lat, u szczytu powodzenia naukowego i w pełni sił, ś. p. Gustaw Embden, profesor fizjologii chemicznej w uniwersytecie frankfurckim. Fizjologja chemiczna, a szczególnie fizjologja chemiczna narządu ruchu, traci w Nim jednego z najbardziej zasłużonych i najwybitniejszych pracowników.

Embden pochodził z Hamburga; jako młody lekarz został asystentem Ewalda w Strassburgu, ale podczas tej asystentury pracował wiele w instytucie Hofmeistera, który na jego kierunek pracy wywarł silny wpływ. Wczesne prace Embdena zajmowały się chemizmem przemiany pośredniej a wypracowana przez niego i udoskonalona metoda przetaczania krwi przez wątrobę psa wyciętą i badania zmian, jakie dokonują się w dodanych do krwi przetaczanej prostych związkach, okazała się szczególnie cenną w pracach Embdena nad pochodzeniem ciał acetonowych z kwasów tłuszczowych parzystych. Powstawanie acetonu, kwasu acetooctowego i oksymasłowego z kwasów tłuszczowych o parzystej liczbie atomów węgla, nie powstawanie ich z kwasów nieparzystych, a zatem pochodzenie ciał acetonowych z kwasów tłuszczowych naturalnych, zostało w tych pracach wykazane, i wnioski, poddane przez doświadczenia Knoopa nad niewystępującemi w organizmach kwasami fenilotłuszczowemi, potwierdzone na materjale fizjologicznym.

W roku 1905 Embden przeniósł się do Frankfurtu, gdzie objął kierownictwo pracowni chemicznej przy klinice wewnętrznej, prowadzonej wtedy przez Noordena. Z tej pracowni rozwinął się wspaniały instytut fizjologji chemicznej nowego uniwersytetu, w którego organizowaniu Embden miał bardzo czynny udział, i którego rektorem był później. Z zasług Embdena w czasie pracy w Frankfurcie należy wymienić przedewszystkiem stwierdzenie powstawania cukru z kwasu mlekowego, podanego zwierzęciu ze sztuczną cukrzycą: pierwsze stwierdzenie odwrócenia glikolizy fizjologicznej, odkrycie, które miało później doniosłe konsekwencje. Około roku 1912 rozpoczęły się w pracowni Embdena prace nad udziałem kwasu fosforowego w chemizmie glikolizy mięśniowej, prace, które Go zajmowały do końca życia: i dziwnym zbiegiem okoliczności sprawa ta, o dziejach niezmiernie powikłanych, po licznych błędach i załamaniach została, bezpośrednio przed śmiercią, wyjaśniona właśnie przez Embdena. Odkrycie, że kwas fosforoglicerynowy i kwas glicerynofosforowy jest przetworem pośrednim przemiany cukrowej w mięśniu, dokonane przez Embdena i Jego uczniów i ogłoszone na wiosnę tego roku, stało się przełomowem dla zrozumienia chemizmu glikolizy zwierzęcej i fermentacji drożdżowej.

Dzieje tych prac były, rzeczywiście, nad wyraz dramatyczne: często zdawało się, że całe dziesiątki prac są zupełnie mylne, ze względów doświadczalnych, metodycznych, albo błędnie interpretowane, potem znowu okazywała się trafność niektórych z nich. Twierdzenie Embdena, że duża część kwasu mlekowe-

go powstaje po skurczu mięśniowym, i że utworzenie kwasu mlekowego nie może być pierwotnym procesem chemizmu mięśniowego, związanym bezpośrednio ze skurczem, okazało się ostatecznie prawdziwem: stanowcza opozycja przeciw temu twierdzeniu, utrzymywana, na bardzo rzetelnej podstawie, przez Hilla i przez Meyerhofa, musiała ustąpić, po odkryciu przez Lundsgaarda skurczów mięśniowych bez glikolizy kwasomlekowej, i stwierdzeniu, że doświadczenia Embdena i Lehnhartza były trafne. Produktem niejako ubocznym prac Embdena nad związkami fosforowemi w mięśniu było odkrycie w tkance mięsnej estrów cukrowo-jednofosforowych (ester Embdena), i powstawania w obecności fluorków, estru ketozo-dwucukrowego (Hardena i Younga) w tkance mięsnej. Następuje odkrycie kwasu adenilowego w mięsie, rozpoznanie tego ciała jako odrębnego od kwasu adanilowego, wyodrębnionego z kwasu nukleinowego drożdżowego, i jako ciała macierzystego kwasu inozynowego, i amoniaku w mięśniu powstającego, którego powstawanie w czynności mięśniowej Embden odkrył równocześnie z odkryciem tego zjawiska w pracowni lwowskiej. Prawa i zależności tej amonjogenezy mięśniowej były, po roku 1927. przedmiotem długiej i zaciętej kontrowersji między pracownią frankfurcką a lwowską. Odkrycie kwasu adenilowego mięśniowego — adenozyno-5-fosforowego — miało, jak wiadomo, doniosłe skutki: rozpoznanie roli tego ciała jako czynnika naczynioruchowego — rozszerzającego — (Szent Gyoergi i Drury, oraz bardzo wielu innych), i jako części składowej kwasu adenozynotrójfosforowego, kofermentu glikolizy, a zapewne i fermentacji, bierze swój początek w odkryciach Embdena.

Embden był badaczem w pełnem tego słowa znaczeniu, jak je określił Smoluchowski, romantycznym: myśl, czy to poprzedzająca spostrzeżenia, czy też nawiązująca do spostrzeżenia, kształtowała odrazu pewien obraz procesów, zwykle dość daleko w szczegółowem ujęciu określony i od podstawy faktycznej już daleko odsunięty. Trafność tej idei powziętej próbowano, w bliższych i dalszych wnioskach, przez ogrom doświadczeń, niezawsze ściśle i krytycznie wykonanych i tłumaczonych, ale zawsze płodnych w dalsze wnioski i badania. Wiele z tego ogromu doświadczeń i wniosków zmiótł dalszy rozwój badań bez śladu: ale wiele stało się przełomowemi faktami i twierdzeniami w fizjologji chemicznej czynności mięśniowej. I niewątpliwie każdy, który się z Nim zgadzał, i każdy, który z Nim walczył, widzi w Nim dziś, kiedy Embden odszedł, badacza wielkiej miary, którego wielki temperament naukowy, wielka i śmiała inicjatywa, rzetelna, gorliwa praca, ożywiały fizjologję współczesną, i zarówno przez to, co odkrywały, jak i podnietę, którą dawały do dalszej pracy i nawet opozycji, przyczyniły się walnie do rozwoju fizjologji chemicznej.

J. K. Parnas (Lwów).

B. p. Dr. M. Wilenko.

(Streszczenie wspomnienia pośmiertnego wygłoszonego na uroczystej akademji urządzonej przez Obwód chełmski Związku Lekarzy Państwa Polskiego dnia 21 czerwca 1933 r.).

Dnia 1 czerwca 1933 r. odszedł od nas na zawsze jeden z najbardziej wziętych lekarzy chełmskich, Wiceprezes Obwodu Z. L. P .P. Przewodniczący Sekcji Naukowej b. p. Dr. M. Wilenko (urodzony w roku 1882, doktorat medycyny we Lwowie 1907 r.).

Znakomity ten praktyk-terapeuta zawdzięczał swe wybitne stanowisko wśród lekarzy chełmskich właściwościom serca i umysłu, bez których nie można sobie dobrego lekarza wyobrazić, a które posiadał w stopniu niezwykłym. Zwracały uwagę na siebie Jego ofiarna gotowość niesienia pomocy chorym bez względu na porę dnia czy nocy, bez względu na pogodę i nie bacząc na nadwątlony stan swego własnego zdrowia. Jego zdolność diagnostyczna, umiejętna terapja, bogate doświadczenie a ponadto stałe śledzenie postępów wiedzy lekarskiej, oraz Jego praca naukowa.

Działalność naukowo-lekarską b. p. Dra Wilenki podzielić można na trzy okresy: I okres pracy we Wiedniu na klinice wewnętrznej prof. Neussera i Instytucie seroterapeutycznym prof. Paltaufa (1907—1909), II okres na stanowisku ordynatora wzgl. prymarjusza Krajowego szpitala w Czerniowcach (1909—1914) i okres III-ci powojenny od roku 1921 w Chełmie.

Z Instytutu seroterapeutycznego we Wiedniu ogłoszone zostały następujące prace b. p. Dra Wilenki.: 1) *Ueber Spezifität der Präzipitine erzeugt durch Kotextrakte (Wien. Kl. Woch. 1908).* 2) *Ueber Immunisierung mit Kot und über das Verhalten des Inhaltes verschiedener Darmpartien gegen Kotpräzipitin und Serumpräzipitin (Zeitschrift für Immunitätsforschung und exper. Therapie)* 1909. 3. Prof. Kraus i Dr. Wilenko. *Ueber das Verhalten der Cholerastühle gegenüber Serum und Kotpräzipitine* (W. Klin. Woch. 1909). 4) Dr. Sohma i Dr. Wilenko. *„Ueber Meconiumpräcipitine"*. 5) Dr. Hecht i Dr. Wilenko. *„Ueber die Untersuchung der Spirochaete pallida mit dem Tuschverfahren* (W. Klin. Wsch. 1909). 6) Dr. Wilenko: *„Ueber die Komplementbindungsreaktion bei Scharlach (Z. f. Imm. F. und Exp. Ther.).* 7) Dr. Wilenko. *Ueber das Präzipitationsvermögen pflanzlicher Eiweisstoffe (Z. f. Immun. Forsch. 1910).* 8) Dr. Raubiczek i Dr. Wilenko. *Ueber den Zusammenhang der hämagglutinierenden und präzipitierenden Fähigkeit pflanzlicher Antigene* (1910 Z. f. Immun.). 9) Dr. Raubiczek i Dr. Wilenko. *„Zur Kenntniss haptoforen Grupen der agglutinablen Substanz* (Z. f. Immun. 1911).

W czasie pobytu w Czerniowcach ogłosił b. p. Dr. M. Wilenko pracę pod tytułem *„Ueber die Einhornsche Fadenprobe (Med. Klinik.* 1914 r.).

W ostatnich kilkunastu latach zostały wygłoszone i ogłoszone drukiem następujące prace b. p. Dra M. Wilenki w języku polskim: 1) Najnowsze poglądy na zapalenie nerek i ich znaczenie praktyczne wygł. na posiedzeniu nauk. w Chełmie (L. wojsk. 1919). 2) O ropniach naokoło nerkowych (Gaz. Lek. 1927). 3) Splenektomja a patologja układu śródbłonkowo-siateczkowego (D. w Gaz. pol. w r. 1925). 4) Wrodzona wada serca (P. Gaz. Pol. 1929). 5) Kiła wątroby (P. Gaz. Lek. 1927 r.). 6) Ostra martwica trzustki (omówienie własnego przyp.) (P. Gaz. Lek. 1930 r.). 7) Dr. Wilenko i Dr. Wolberger: Spiczak mnogi (P. Gaz. Lek. 1930 r.). 8) Przyp. Lymfadenozy;

i odczyty: 1) O kile wątroby nabytej. 2) Choroba i zdrowie jako problem społeczny. 3) Życie i działalność Roberta Kocha w 50 rocznicę odkrycia zarazka gruźlicy.

Tych przeszło dwadzieścia prac b. p. Dra Wilenki obejmowało tematy z następujących działów medycyny: serologja, bakterjologja, anatomja patologiczna, patologja ogólna, interna, nozologja i historja medycyny. Wygłaszane bywały one w stowarzyszeniach lekarskich we Wiedniu, na posiedzeniach naukowych w szpitalu zapasowym w Chełmie, na posiedzeniach Obwodu chełmskiego Związku Lekarzy Państwa Polskiego ogólnych a ostatnio na posiedzeniach założonej przez Zmarłego Sekcji Naukowej.

Wszystkie prace naukowe b. p. Dra Wilenki cechują nader sumienne opracowanie tematu i krytyczna analiza wyników i konkluzyj, oraz piękna forma zewnętrzna szczególnie w pracach ogłoszonych w języku polskim.

Cześć Jego pamięci!

Dr. I. F. (Chełm).

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Zmarli.

Prof. Jerzy Hayem, znany hematolog, w 92 roku życia, w Paryżu.

Prof. Wilhelm Prausnitz, higjenista, w 72 roku życia, w Gracu.

Prof. Max Zondek, chirurg, w 66 roku życia, w Berlinie.

Prof. Dr. Fryderyk Fülleborn, dyrektor Instytutu dla chorób tropikalnych, światowej sławy parazytolog, zmarł dnia 12. IX. b. r. w wieku 67 lat.

Z Uniwersytetów.

Rozporządzenie Ministra W. R. i O. P. z dn. 25. IX. 1933 znosi następujące katedry na Wydziałach Lekarskich: U. J. w Krakowie — medycyny sądowej (I) i chirurgji (prof. Glatzla); U. S. B. w Wilnie — chorób wewnętrznych (prof. Orłowskiego), neurologji i biologji (przeniesione na Wydział Matematyczno-Przyrodniczy); U. w Poznaniu — higjeny.

Ruch w Towarzystwach Lekarskich i Zjazdy.

Posiedzenie naukowe Tow. Lek. Warszawskiego odbyło się 26 września 1933 r. 1. Manteuffel L.: Przypadek mięsaka Evinga (reticulosarcoma cruris). 2. Tokarski St. i Wojciechowski Zb.: Badania nad działaniem surowicy ludzkiej na paramecium caudatum w niektórych schorzeniach chirurgicznych. — 3. Landau A. i Wajsman J.: Studja kliniczne nad moczówką prostą. Doniesienie 1 i 2.

Medycyna Społeczna.

Saskie ministerstwo spraw wewnętrznych rozwiązało wszystkie istniejące na terenie Saksonji stowarzyszenia przeciwników szczepienia ospy jak również istniejące w Dreźnie stowarzyszenie lekarzy — przeciwników tego szczepienia — jednocześnie ministerstwo zakazało wszelkich publicznych wystąpień przeciw szczepieniu ospy (Klin. Woch. 1933 — Nr. 33).

Różne.

Na Zjeździe delegatów Polsk. Powsz. Tow. Farm. i Zw. Zaw. Farm. Prac. w Poznaniu zapadła jednomyślna następująca uchwała: Zebrani w dniu 11 września 1933 r. w Poznaniu delegaci Zrzeszeń farmaceutycznych z całej Polski, zaniepokojeni pogłoskami o zamknięciu Oddziału Farmaceutycznego w Wilnie stwierdzają, że uczelnia wileńska, mająca za sobą świetną tradycję, oddaje i teraz wielkie usługi społeczeństwu, kształcąc należycie nietylko aptekarzy, lecz także specjalistów w kierunku produkcji roślin leczniczych, oraz fachowców w obronie przeciwgazowej. Z tych względów zarówno Państwo jak i społeczeństwo poniosłoby niepowetowaną stratę przez zamknięcie Oddziału Farmaceutycznego w Wilnie. Wszystkie organizacje farmaceutyczne w Polsce zwracają się do Pana Ministra Oświaty z gorącą prośbą o zaprzeczenie tym pogłoskom. Rezolucja w tej samej formie została przyjęta w dniu 13 września b. r. jednogłośnie przez Sekcję Nauk Farmaceutycznych XIV Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich w Poznaniu.

Na miejsce zniesionej przez rząd niemiecki Akademji społeczno-higienicznej w Charlottenburgu utworzono Akademję państwowo-lekarską *(Staatsmedizinische Akademie)*, podległą Ministerstwu Spraw Wewnętrznych. Uczelnia ta pracować ma nad higjeną rasową i polityką ludnościową, higjeną i opieką społeczną, organizacją i ustawodawstwem sanitarnem, wreszcie obroną przeciwlotniczą i przeciwgazową. Lekarz wstępujący do służby państwowej odbyć musi przepisane studja w tej Akademji. Druga podobna uczelnia powstaje w Monachjum.

Na uniwersytecie w Heidelbergu odebrano *veniam docendi* następującym lekarzom: prof. hon. A. Frankel (gruźlica), prof. Schreiber (okulistyka), docentom H. Laser (patologja), W. Pagel (anat. pat.), Fr. Stern (dermatologja), E. Witebsky (odporność i serologja).

Mimo depresji kryzysowej powstają w Rzymie coraz to nowe instytuty lekarskie i szpitale. Spowodu braku miejsca przeniesiono budynki uniwersyteckie na peryferje miasta *(Citta universitaria di Roma)*, ukończono tam już instytuty ogólnej patologji, medycyny sądowej, farmakologji doświadczalnej, chemji fizjologicznej i anatomji porównawczej. Całość nowego wspaniałego uniwersytetu rzymskiego ma być gotowa na 24. IV. 1935 (data założenia Rzymu), wybudowana kosztem 70 miljonów lirów. Również ukończono, względnie buduje się, szereg innych instytutów (dentystyczny, przeciwgruźliczy).

We Florencji wybudowano pomnik, poświęcony pamięci lekarzy wojskowych, którzy padli w czasie wojny światowej. 700 lekarzy włoskich padło w czasie działań wojennych, 458 zmarło w szpitalach polowych, 1.200 wróciło jako inwalidzi do zajęć pokojowych. Pomnik stoi w zabudowaniach włoskiej Akademji lekarsko-wojskowej, która święci 50-lecie swego założenia.

Nagminne zapalenie mózgu, które pojawiło się w St. Louis (Stany Zjednoczone Amer. Półn.), opisywane w dziennikach jako śpiączka, spowodowało do połowy sierpnia 283 zachorowań i 41 przypadków śmierci. Objawy niektóre różnią się od dotychczas opisywanych w nagm. zap. mózgu. W lekkich przypadkach objawy choroby ustępują po 1—2 tygodni, następstw ujemnych po chorobie dotychczas nie obserwowano. Nie wypracowano dotychczas — mimo usiłowań — specjalnych metod leczenia.

Ostatni (7—8) Przegląd Epidemjologiczny Ligi Narodów omawia epidemje dżumy w ostatnich latach. Dżuma utrzymuje się stale w postaci endemicznej, przechodząc czasami w nasilenie epidemiczne w Azji (Indje Angielskie) i Afryce. W Ameryce Południowej utrzymują się stale małe ogniska dżumowe (Peru). Ilość wszystkich przypadków dżumy, zgłoszonych w Sekcji higjeny Ligi Narodów wyniosła w roku 1932 — 73.107. W Europie nie wygasła do dziś dnia mała epidemja na Azorach, w Hiszpanji w roku 1931 wydarzyło się 16 zachorowań wśród robotników pod Barceloną, we Francji stwierdzono 1 przypadek w 1931 r., 1 w 1932 r., zaś 8 w Marsylji, u załogi okrętu chińskiego w 1933 r. W Rosji Sowieckiej ostatnich 18 przypadków zaobserwowano jeszcze w 1930 roku.

Wszechsłowiańska wycieczka studentów medycyny zwiedziła pod przewodnictwem Prof. L. Korczyńskiego Zakopane, Szczawnicę, Krynicę i Truskawiec. Uczestnicy jej, Czesi, Morawianie, Słowacy i Bułgarzy w liczbie około 80 osób, nawiązali serdeczne stosunki z polską młodzieżą lekarską i będą niewątpliwie bardzo ważnym czynnikiem wzajemnego zbliżenia narodów słowiańskich, nietylko na polu lekarskiem, ale także powszechnego zbliżenia. Przez cały czas pobytu w Polsce opiekuje się pobratymczymi kolegami organizacja Bratniej Pomocy Medyków w Krakowie, we Lwowie, w Warszawie i w Poznaniu.

W Persji została ogłoszona ustawa, zabraniająca uprawy konopi indyjskich i maku do produkcji makowca. Istniejące już plantacje muszą być bezwzględnie zniszczone. Ustawa weszła niedawno w życie.

W roku 1929 chorowała na Kaukazie ludność masowo na pellagrę. I tak np. na 1,300.000 mieszkańców Zachodniej Georgji (na wybrzeżu Morza Czarnego) chorowało 30.000—50.000 osób. Obserwacje tamtejsze przemawiają przeciw hipotezie o zaraźliwości tego schorzenia a odnoszą je tylko do jednostronnego odżywiania kukurydzą (brak witaminy B_2?, brak białka?).

Komunikaty.

Min. Opieki Społ. rozesłało wszystkim województwom karty ankietowe w sprawie chorób wenerycznych. Karty te w 3 barwach dla lekarzy wolnopraktykujących, dla przychodni i dla zakładów leczniczych mają podać wykaz liczbowy chorych wenerycznych, którzy zgłosili się w ciągu października b. r.

Polskie Tow. Balneologiczne wydało dwie prace Prof. Korczyńskiego, z których czysty dochód przeznaczony jest na pomnożenie Funduszu Instytutu Balneologicznego: Zarys klimatologji lekarskiej. Część I. i Mapa uzdrowisk polskich.

IV Zjazd Polskiego Towarzystwa Ortopedycznego odbędzie się we Lwowie w dniach 6 i 7 listopada b. r. pod protektoratem Pana Ministra Opieki Społecznej gen. dr. Stefana Hubickiego. Pierwszy temat główny: Opieka nad kalekami w Polsce. Referenci: dr. Mieczysław Kosiński (Kraków) i dr. Henryk Cetkowski (Poznań). Koreferent: Przedstawiciel Ministerstwa Opieki Społecznej dr. Witold Reklewski. Drugi temat główny: Operacje wytwórcze stawów. Referent: doc. dr. Adam Gruca (Lwów). Koreferenci: dr. Julian Zaremba (Kraków) i doc. dr. Adolf Wojciechowski (Warszawa). Termin zgłaszania poszczególnych odczytów przesunięto do dnia 7 października b. r. Podczas Zjazdu odbędzie się Wystawa narzędzi, przyborów ortopedycznych, aparatów, leków i t. p. Wszelką korespondencję w sprawie Zjazdu kierować należy do Sekretarza Zarządu P. T. O. dra Henryka Levittoux, Warszawa, Nowowiejska 35, w sprawie Wystawy — do doc. dra Adama Grucy, Lwów, Rutowskiego 10. Zarząd czyni starania o uzyskanie daleko idących ulg kolejowych.

Zjazdy międzynarodowe w październiku 1933 r.

XIV. Hydrologji, klimatologji i geologji lekarskiej w Tuluzie od 4—8.

XX. Higjeny w Paryżu od 23—25.

Walki naukowej i społecznej z rakiem w Madrycie od 25—30.

II. Higjeny umysłowej w Rzymie od 27—28.

Redakcja otrzymała:

H. Ruebenbauer: Histologja i fizjologja gruczołu mlecznego. Odb. z „Czasop. Tow. Aptekarskiego we Lwowie". Nr. 5. 1933.